

Control integral del cáncer cervicouterino

Guía de prácticas esenciales



Organización
Mundial de la Salud

Control integral del cáncer cervicouterino

Guía de prácticas esenciales



**Organización
Mundial de la Salud**

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales.

1. Neoplasmas del cuello uterino – diagnóstico. 2. Neoplasmas del cuello uterino - prevención y control. 3. Neoplasmas del cuello uterino – terapia. 4. Pautas.
- I. Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978 92 4 354700 8

(Clasificación NLM: WP 480)

© Organización Mundial de la Salud, 2007

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

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

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

Impreso en Suiza

AGRADECIMIENTOS

La presente guía de prácticas esenciales fue elaborada por el Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas y el Departamento de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y en colaboración con la Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino (APCC), el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), la International Gynecologic Cancer Society (IGCS) y la European Association for Palliative Care (EAPC).

Esta guía se basa en la labor de un grupo amplio de expertos que participaron en las consultas o las revisiones. La OMS reconoce con gratitud las contribuciones de:

- Los miembros del Grupo Consultivo Técnico (TAG): Rose Ann August, Paul Blumenthal, August Burns, Djamila Cabral, Mike Chirenje, Lynette Denny, Brahim El Gueddari, Irena Kirar Fazarinc, Ricardo Fescina, Peter Gichangi, Sue Goldie, Neville Hacker, Martha Jacob, Jose Jeronimo, Rajshree Jha, Mary Kawonga, Sarbani Ghosh Laskar, Gunta Lazdane, Jerzy Leowski, Victor Levin, Silvana Luciani, Pisake Lumbiganon, Cédric Mahé, Anthony Miller, Hextan Ngan, Sherif Omar, Ruyan Pang, Julietta Patnick, Hervé Picard, Amy Pollack, Françoise Porchet, You-Lin Qiao, Sylvia Robles, Eduardo Rosenblatt, Diaa Medhat Saleh, Rengaswamy Sankaranarayanan, Rafaella Schiavon, Jacqueline Sherris, Hai-Rim Shin, Daiva Vaitkiene, Eric Van Marck, Bhadrassain Vikram, Thomas Wright, Matthew Zarka, Eduardo Zubizarreta.
- Los revisores externos: Jean Ahlborg, Marc Arbijn, Xavier Bosch, Elsie Dancel, Wachara Eamratsameekool, Susan Garland, Namory Keito, Ntokozo Ndlovu, Twalib Ngoma, Abraham Peedicayil, Rodrigo Prado, John Sellors, Albert Singer, Eric Suba, Jill Tabutt Henry.
- Los numerosos revisores que ayudaron a probar la guía sobre el terreno en China, Egipto, India, Lituania, Trinidad y Tobago, y Zimbabwe.



Grupo de coordinación de la OMS

Patricia Claeys, Nathalie Broutet, Andreas Ullrich.

Grupo de redacción y diseño de la OMS

Kathy Shapiro, Emma Ottolenghi, Patricia Claeys, Janet Petitpierre.

Grupo principal

Martha Jacob (APCC), Victor Levin (OIEA), Silvana Luciani (OPS), Cédric Mahé (CIIC)
Sonia Pagliusi (OMS), Sylvia Robles (OPS), Eduardo Rosenblatt (OIEA), Rengaswamy
Sankaranarayanan (CIIC), Cecilia Sepulveda (OMS), Bhadrasain Vikram (OIEA), así como
los miembros de los grupos de coordinación y redacción.

La OMS agradece al Gobierno Flamenco (Bélgica) por suministrar los fondos principales para elaborar este documento. Los demás donantes, a quienes la Organización también expresa su reconocido agradecimiento, son: la Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino, el Organismo Internacional de Energía Atómica, Grounds for Health y el Comité de Coordinación Europeo de la Industria Radiológica y Electromédica.

ÍNDICE

Abreviaturas y acrónimos utilizados en esta guía.....	1
Prólogo	3
Introducción.....	5
Sobre esta guía: alcance y objetivos de la guía.....	5
Niveles del sistema sanitario.....	10
Bibliografía básica	12
Recomendaciones de la OMS	13
Capítulo 1. Generalidades.....	15
Puntos clave	17
Acerca de este capítulo.....	17
¿Por qué centrarse en el cáncer cervicouterino?	18
¿A quiénes afecta más el cáncer cervicouterino?	21
Barreras para el control del cáncer cervicouterino.....	22
Los cuatro componentes del control del cáncer cervicouterino	24
Una táctica de equipo para el control del cáncer cervicouterino.....	25
Recursos adicionales	26
Capítulo 2. Anatomía del aparato genital femenino y evolución natural del cáncer cervicouterino	27
Puntos clave	29
Acerca de este capítulo.....	29
Anatomía e histología	30
Evolución natural del cáncer cervicouterino	37
Recursos adicionales	44
Capítulo 3. Fomento de la salud: prevención, educación sanitaria y orientación	45
Puntos clave	47
Acerca de este capítulo.....	47

Fomento de la salud	47
Papel del dispensador de atención sanitaria.....	48
Prevención de la infección por el VPH.....	48
Educación sanitaria.....	50
Orientación	56
Educación sanitaria y orientación en los diferentes niveles	58
Recursos adicionales	60
Hoja práctica 1: educación sanitaria	61
Hoja práctica 2: preguntas frecuentes (pf) sobre el cáncer cervicouterino.....	65
Hoja práctica 3: cómo implicar a los varones en la prevención del cáncer cervicouterino.....	69
Hoja práctica 4: orientación	71
Hoja práctica 5: cómo usar los preservativos masculinos y femeninos.....	75
Capítulo 4. Cribado del cáncer cervicouterino.....	81
Puntos clave	83
Acerca de este capítulo.....	83
Papel del dispensador de atención sanitaria.....	83
Programas de cribado.....	85
Pruebas de detección	95
Seguimiento	105
Actividades de cribado en los distintos niveles del sistema sanitario..	107
Recursos adicionales	109
Hoja práctica 6: obtención del consentimiento informado.....	111
Hoja práctica 7: cómo realizar la anamnesis y la exploración ginecológica.....	115
Hoja práctica 8: cómo realizar la prueba de papanicolaou	121
Hoja práctica 9: recogida de muestras para la prueba de ADN del VPH.....	125
Hoja práctica 10: métodos de cribado visuales	129

Capítulo 5. Diagnóstico y tratamiento del precáncer	131
Puntos clave	133
Acerca de este capítulo.....	133
Papel del dispensador de atención sanitaria.....	134
Opciones de tratamiento del precáncer	135
Diagnóstico	136
Tratamiento del precáncer	139
Seguimiento después del tratamiento	149
Actividades diagnósticas y terapéuticas en los distintos niveles	150
Recursos adicionales	152
Hoja práctica 11: colposcopia, biopsia en sacabocados y legrado endocervical	153
Hoja práctica 12: crioterapia	157
Hoja práctica 13: escisión electroquirúrgica con asa (LEEP).....	161
Hoja práctica 14: conización con bisturí.....	167
Capítulo 6. Tratamiento del cáncer invasor	171
Puntos clave	173
Acerca de este capítulo.....	173
Papel del dispensador de atención sanitaria.....	173
Diagnóstico	175
Estadificación del cáncer cervicouterino.....	176
Principios del tratamiento	182
Modalidades de tratamiento.....	185
Seguimiento de la paciente.....	192
Situaciones especiales.....	193
Comunicación con las pacientes afectadas de cáncer invasor y con sus familias	194
Tratamiento del cáncer invasor: actividades en los distintos niveles...	196
Recursos adicionales	197

Hoja práctica 15: histerectomía	199
Hoja práctica 16: telerradioterapia pélvica.....	205
Hoja práctica 17: braquiritradioterapia.....	211
Capítulo 7. Cuidados paliativos	215
Puntos clave	217
Acerca de este capítulo.....	217
Papel del dispensador de atención sanitaria.....	218
Un enfoque amplio de los cuidados paliativos	220
Tratamiento de los síntomas usuales del cáncer diseminado	223
Muerte y agonía.....	226
Organización de los servicios de cuidados paliativos	228
Cuidados paliativos en los distintos niveles del sistema sanitario.....	229
Recursos adicionales	230
Hoja práctica 18: tratamiento del dolor	231
Hoja práctica 19: atención domiciliaria	237
Hoja práctica 20: tratamiento del flujo y de las fistulas vaginales a domicilio.....	243
Anexo 1: precauciones universales para la prevención de las infecciones.....	247
Anexo 2 el sistema de bethesda 2001.....	251
Anexo 3: ¿cómo se valora la eficacia de una prueba?	253
Anexo 4: esquemas de seguimiento y tratamiento de las pacientes según los resultados del cribado	255
4a. Esquema de seguimiento y tratamiento: enfoque convencional....	256
4b. Esquema del método de «cribado y tratamiento», basado en la inspección visual con solución de ácido acético como prueba de detección	257

Anexo 5: tratamiento convencional del precáncer cervicouterino.... 259

Anexo 6: tratamiento del cáncer cervicouterino según su estadio... 261

- 6a. Tratamiento del carcinoma microinvasor: estadios IA1 y IA2 261
- 6b. Tratamiento del cáncer invasor incipiente:
estadios IB1 y IIA < 4 cm 262
- 6c. Tratamiento de la enfermedad con gran masa tumoral:
estadios IB2-III B..... 263
- 6d. Tratamiento del estadio IV 264
- 6e. Tratamiento del cáncer cervicouterino durante el embarazo..... 265

Anexo 7: ejemplos de documentos 267

- 7a. Ejemplo de carta para enviar a la paciente con papanicolaou
anómalo que no regresó por los resultados en la fecha prevista .. 267
- 7b. Ejemplo de ficha que puede utilizarse como parte de un sistema
de seguimiento de las clientes que deben repetir la prueba de
papanicolaou. 268
- 7c. Ejemplo de ficha que puede utilizarse como parte de un sistema
de seguimiento de las clientes derivadas para colposcopia..... 269
- 7d. Ejemplo de carta para informar al establecimiento remitente
el resultado de la colposcopia de la paciente..... 270

**Anexo 8: tratamiento de las infecciones cervicouterinas y
de la infección genital femenina (IGF) 271**

- 8a. Tratamiento de las infecciones cervicouterinas 271
- 8b. Tratamiento ambulatorio de la infección genital femenina..... 272

Anexo 9: cómo preparar la pasta de monsel 273

Glosario 275

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS UTILIZADOS EN ESTA GUÍA

ADN	ácido desoxirribonucleico
AGC	células glandulares atípicas
AINE	fármaco antiinflamatorio no esteroide
AIS	adenocarcinoma in situ
APN	asistencia prenatal
ASC-H	células escamosas atípicas: no puede excluirse una lesión intraepitelial escamosa de alto grado
ASC-US	células escamosas atípicas de significado indeterminado
CIN	neoplasia intraepitelial cervicouterina
CIS	carcinoma in situ
DIU	dispositivo intrauterino
FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
HP	Hoja práctica
HSIL	lesión intraepitelial escamosa de alto grado
IEC	información, educación y comunicación
IGF	infección genital femenina
ITS	infección de transmisión sexual
IVA	inspección visual con solución de ácido acético
IVL	inspección visual con solución yodada de Lugol
LEC	legado endocervical
LEEP	escisión electroquirúrgica con asa
LIP	lesión intraepitelial escamosa
LLETZ	exéresis con asa grande de la zona de transformación
LSIL	lesión intraepitelial escamosa de bajo grado
PF	preguntas frecuentes
PNLC	programa nacional de lucha contra el cáncer
RTHE	radioterapia de haz externo
SIDA	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
TAC	tomografía axial computarizada (o tomodensitometría)
TED	tasa elevada de dosis

TRD	tasa reducida de dosis
UEC	unión escamoso-cilíndrica
VHS	virus del herpes simple
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana
VPH	virus del papiloma humano (o papilomavirus humano)

PRÓLOGO

El cáncer se diagnostica cada vez con mayor frecuencia en el mundo en desarrollo. El reciente informe de la Organización Mundial de la Salud titulado «*Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital*» vaticinó que más de 7,5 millones de personas morirían de cáncer en el 2005 y que más del 70% de dichas defunciones se producirían en países de ingresos bajos y medios. En el año 2005, la Organización Mundial de la Salud reiteró la importancia del problema que plantea el cáncer en la Resolución 58.22 sobre Prevención y Control del Cáncer, que hace hincapié en la necesidad de una actuación amplia e integrada para detener esa epidemia mundial.

El cáncer cervicouterino, el segundo tipo de cáncer más frecuente en la población femenina, fue responsable de más de 250 000 muertes en el 2005, cerca del 80% de las cuales ocurrieron en países en desarrollo. Si no se toman medidas urgentes, se prevé que las defunciones a causa del cáncer cervicouterino aumentarán casi un 25% en los próximos 10 años. La prevención de dichas muertes mediante la detección y el tratamiento adecuados (como se recomienda en esta Guía) contribuirá a cumplir con las Metas de Desarrollo del Milenio.

La mayoría de las mujeres que fallecen de un cáncer cervicouterino, especialmente en los países en desarrollo, lo hacen en la flor de sus vidas. Puede que eduquen niños, cuiden de sus familias y participen en la vida social y económica de las ciudades o pueblos en que viven, su desaparición constituye no solamente una tragedia personal, sino también una pérdida luctuosa e innecesaria para sus familias y sus comunidades. Innecesaria, porque existen pruebas irrefutables – como se demuestra en esta Guía – de que el cáncer cervicouterino es una de las formas más prevenibles y tratables de cáncer, a condición de detectarlo a tiempo y tratarlo con eficacia.

Por desgracia, la mayoría de las mujeres que viven en los países en desarrollo todavía carecen de acceso a programas de prevención de cáncer cervicouterino. El resultado es que, a menudo, dicho cáncer se detecta cuando ya es demasiado tarde para curarlo. Se requiere un esfuerzo urgente si lo que se pretende es normalizar esta situación. Todas las mujeres tienen el derecho a servicios de prevención de cáncer cervicouterino accesibles, económicos y eficaces. Dichos servicios deben prestarse en el marco de un programa amplio para mejorar la salud sexual y reproductiva. Además, se necesita un esfuerzo concertado y coordinado para acrecentar la sensibilidad acerca del cribado en la comunidad a fin de prevenir y detectar el cáncer cervicouterino.

Aunque se dispone de un gran cúmulo de experiencia y datos factuales sobre la prevención (y el tratamiento) del cáncer cervicouterino y de la morbilidad y mortalidad asociadas, hasta ahora, dicha información nunca estuvo disponible en forma de una guía práctica. Esta publicación, producida por la OMS y sus asociados, se ha concebido para proporcionar orientación práctica y completa a los dispensadores

de atención sanitaria de todos los niveles del sistema sanitario sobre cómo prevenir, detectar a tiempo, tratar y paliar dicho cáncer. En particular, esta Guía intenta lograr que los dispensadores de atención sanitaria en los niveles primario y secundario estén facultados para aplicar el mejor conocimiento disponible a la hora de tratar el cáncer cervicouterino en beneficio de toda la comunidad.

Apelamos a todos los países que todavía no hayan instaurado programas de lucha contra el cáncer cervicouterino eficaces y sistemáticos a que los instauren como se recomienda en la presente Guía. Juntos podemos aliviar significativamente la pesada carga de esta enfermedad y mitigar sus secuelas.

Catherine Le Gales-Camus

Subdirectora General

Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental

Joy Phumaphi

Subdirectora General

Salud de la Familia y la Comunidad

INTRODUCCIÓN

SOBRE ESTA GUÍA

Alcance y objetivos de la guía

Esta Guía tiene por cometido ayudar a los responsables de la prestación de servicios destinados a aliviar la carga que el cáncer cervicouterino representa para las mujeres, las comunidades y los sistemas sanitarios. Se centra en el conocimiento y las aptitudes que los dispensadores de atención sanitaria de los distintos niveles asistenciales necesitan para ofrecer servicios óptimos de prevención, detección, tratamiento y alivio del cáncer cervicouterino. En ella se presentan directrices y recomendaciones actuales y factuales que abarcan la gama completa de la atención. En cada capítulo se incluyen recomendaciones claves; en las páginas 11 y 12 se ofrece una lista consolidada.

Los cuatro niveles de atención mencionados en esta guía son:

- la comunidad;
- el establecimiento sanitario o nivel de atención primaria;
- el hospital comarcal o nivel de atención secundaria (nivel secundario);
- el hospital central o de referencia o nivel de atención terciaria (nivel terciario).

En la página 9 se proporciona una descripción detallada de cada nivel.

La Guía no se ocupa ni de la gestión de los programas, ni de la movilización de los recursos ni tampoco de las actividades políticas, jurídicas o que puedan guardar relación con políticas asociadas con el control del cáncer cervicouterino.

Adaptación

Esta Guía proporciona recomendaciones de aplicación amplia y es posible que deba adaptarse a la cultura, el lenguaje, las necesidades y los sistemas sanitarios locales. Para la adaptación se dispone de vasta información y orientación (véase la lista adicional de recursos). Esta Guía y sus recomendaciones también se pueden utilizar como punto de partida para elaborar o adaptar los protocolos nacionales y también para modificar las políticas y las prácticas.

El público destinatario

Esta Guía se ha concebido para que la utilicen principalmente los dispensadores de atención sanitaria que trabajan en los programas de lucha contra el cáncer cervicouterino en los centros sanitarios y los hospitales comarcales de las localidades de escasos recursos. No obstante, es posible que también capte el interés de los dispensadores de los niveles de atención comunitaria y terciaria, así como de los agentes en otros sitios donde se puede localizar a las mujeres necesitadas de cribado o tratamiento.

El equipo de atención sanitaria

En un programa ideal de lucha contra el cáncer cervicouterino los dispensadores trabajan en equipo, ejecutan tareas de forma complementaria y sinérgica y mantienen una buena comunicación dentro de los niveles y entre los niveles. En algunos países, los sectores privado y no gubernamental son importantes dispensadores de servicios de atención del cáncer cervicouterino. Entre las funciones de los dispensadores de atención sanitaria que trabajan en los distintos niveles del sistema sanitario figuran las siguientes:

- los agentes de salud de la comunidad pueden ocuparse de fomentar el conocimiento del cáncer cervicouterino en dicha comunidad, de motivar y ayudar a las mujeres a utilizar los servicios y de seguir de cerca a las mujeres que han recibido tratamiento en los niveles superiores de atención cuando se reincorporan en su comunidad;
- los profesionales de atención primaria de salud pueden promover los servicios, llevar a cabo el cribado y el seguimiento y, de ser preciso, remitir a las mujeres a los niveles superiores;
- los profesionales del nivel comarcal prestan una serie de servicios diagnósticos y terapéuticos y remiten a las pacientes a niveles superiores e inferiores de atención;
- los profesionales del nivel central atienden a las pacientes con enfermedad invasora y avanzada y, de ser adecuado, las remiten nuevamente a los niveles inferiores.

Uso de esta Guía

Esta Guía puede ser utilizada por dispensadores de atención sanitaria, supervisores y formadores:

- como manual de referencia, que suministra información básica y actualizada sobre prevención, cribado, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino;
- para concebir la enseñanza y la formación antes de entrar en función y durante el ejercicio de la función, así como instrumento autodidáctico;
- como repaso de la prevención y el tratamiento del cáncer cervicouterino;
- para disponer de asesoramiento objetivo sobre cómo proceder en situaciones específicas;
- para comprender cómo se vinculan entre sí las funciones de los diversos dispensadores en los diferentes niveles del sistema de atención sanitaria.

Los usuarios pueden usar toda la Guía o únicamente los apartados que guardan relación con sus prácticas. Incluso si se utiliza de forma selectiva, recomendamos vivamente a los lectores que repasen íntegramente las recomendaciones que figuran en las páginas 11 y 12.

El contenido

La Guía se compone de siete capítulos y sus correspondientes hojas prácticas, nueve anexos y un glosario.

Cada *capítulo* incluye:

- una descripción de la función y las responsabilidades de los dispensadores de los niveles primario y secundario en relación con el tema específico del capítulo;
- una historia que ilustra y personifica el tema del capítulo;
- generalidades sobre el tema del capítulo, seguido por un análisis de las prácticas establecidas y evolutivas en asistencia clínica, y recomendaciones para poner en práctica, si procede;
- información sobre los servicios en cada uno de los cuatro niveles del sistema sanitario;
- mensajes de orientación para ayudar a los dispensadores a dialogar con las mujeres sobre los servicios que han recibido y el seguimiento que necesitan;
- una lista de recursos adicionales.

La mayoría de los capítulos se asocian con *hojas prácticas*. Se trata de unos archivos breves e independientes que contienen información básica sobre elementos específicos de la asistencia que los dispensadores sanitarios podrían tener que prestar, por ejemplo, el modo de llevar a cabo la prueba de Papanicolaou (estudio citológico vaginal) o de practicar la crioterapia. Cada procedimiento descrito incluye la orientación del caso. Las hojas prácticas 13 a 17 guardan relación con procedimientos que llevan a cabo los especialistas. La información suministrada en dichas hojas puede ayudar a otros profesionales sanitarios a explicar el procedimiento a la paciente, a aconsejarla y a tratar los problemas específicos que puedan surgir tras la intervención.

Las hojas prácticas se pueden copiar o adaptar individualmente.¹

Los *anexos* brindan pormenores sobre componentes prácticos específicos, valiéndose de protocolos establecidos internacionalmente (p. ej.: organigramas de gestión y protocolos de tratamiento), así como estrategias para mejorar la calidad de los servicios (p. ej.: prevención de la infección).

El *glosario* contiene las definiciones de los términos científicos y técnicos utilizados en la Guía.

¹ Las hojas prácticas no se han concebido para que las utilice un novato con objeto de aprender a realizar un procedimiento, sino como instrumentos de trabajo, para que los dispensadores formados recuerden las etapas esenciales y puedan enseñar, orientar y explicar correctamente los servicios a las mujeres y sus familias. También pueden utilizarse como una lista de comprobación, para verificar la idoneidad como parte de la supervisión de apoyo.

Principios claves y marco de este documento

Principios

El enfoque adoptado en esta Guía se basa en los principios siguientes:

- el derecho del individuo a una atención sanitaria equitativa, económica y accesible;
- los derechos de salud reproductiva, según se formularon en el Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo en 1994 (párrafo 7.6);
- los principios éticos de justicia, autonomía y beneficencia, según se definieron y debatieron en la Declaración de Helsinki y en las Directrices Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica que Afecta a Seres Humanos, elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y la OMS;
- una perspectiva sensible al sexo biológico: el debate toma en consideración los factores relacionados con la circunstancia de ser varón o mujer que pueden afectar el equilibrio de poder entre varones y mujeres, disminuir la capacidad de autodeterminación de las mujeres y perjudicar la prestación y la recepción de los servicios.

Marco contextual

La presentación del material de esta Guía se encuadra en los supuestos y el contexto siguientes:

- todas las intervenciones recomendadas se basan en sólidas pruebas científicas;
- el control integral del cáncer cervicouterino se emprenderá en el contexto de un programa nacional de lucha contra el cáncer (PNLC);
- en la medida de lo posible, el control del cáncer cervicouterino formará parte de los servicios existentes de salud reproductiva y sexual en el nivel de atención primaria de salud;
- el cribado y el diagnóstico precoz permitirán reducir la morbilidad y la mortalidad solamente si se acompañan del seguimiento y el tratamiento de todas las lesiones preinvasoras y neoplasias malignas invasoras detectadas;
- existen recursos o éstos serán concebidos para reforzar la infraestructura sanitaria y disponer de:
 - dispensadores adecuadamente formados;
 - el equipo y el material necesarios;
 - un sistema de derivación en funcionamiento y comunicación entre los distintos grupos, servicios, niveles del sistema sanitario y la comunidad;
 - un sistema de garantía de la calidad.

Elaboración de la Guía

Los datos factuales que integran la información consignada en esta Guía de prácticas esenciales se basan en:

- una revisión de la literatura específica;
- las aportaciones de un Grupo Consultivo Técnico (TAG) formado por expertos de varias disciplinas procedentes de países en desarrollo y desarrollados, quienes elaboraron y revisaron la Guía;
- la revisión extensa y por escrito de los borradores por parte de un gran número de expertos externos;
- una revisión realizada por personal de la OMS;
- la información suministrada por el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC), como puede ser el Manual «*Cervix cancer screening*» (Cribado del cáncer cervicouterino) publicado en 2005;
- una evaluación nacional (ensayo preliminar sobre el terreno) realizada en seis países.

La base de datos factuales de toda la orientación proporcionada en esta Guía se publicará separadamente como documento adjunto.

NIVELES DEL SISTEMA SANITARIO ²

En la comunidad



NIVEL COMUNITARIO

Incluye individuos y organizaciones; organizaciones en la comunidad, organizaciones confesionales y otras organizaciones no gubernamentales, así como servicios de cuidados paliativos extrahospitalarios y a domicilio. Incluye asimismo los puestos sanitarios o cases de santé, usualmente atendidos por una enfermera auxiliar o un agente de salud de la comunidad.

En el establecimiento sanitario



CENTRO SANITARIO – NIVEL DE ATENCIÓN PRIMARIA

Se refiere a los establecimientos de atención primaria atendidos por personal capacitado y en el horario habitual de trabajo. Puede disponer de servicios mínimos de laboratorio y de servicios de maternidad.

Dentro de los dispensadores sanitarios de este nivel puede haber enfermeras, enfermeras auxiliares o auxiliares de enfermería, consejeros, educadores sanitarios, practicantes de medicina, técnicos clínicos y, a veces, médicos.

En el hospital comarcal



HOSPITAL COMARCAL – NIVEL DE ATENCIÓN SECUNDARIA

Normalmente es un hospital que proporciona servicios generales de medicina, pediatría y maternidad, atención quirúrgica limitada, atención en régimen hospitalario o ambulatorio y, a veces, atención especializada intermitente. Los pacientes acuden por derivación de los centros sanitarios y médicos particulares del distrito. Los servicios de laboratorio pueden incluir citología e histopatología.

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

² Esta descripción no incluye ni servicios ni dispensadores ajenos al sistema sanitario oficial: curanderos, comadronas, vendedores de medicamentos, etc., que también desempeñan funciones importantes.

En el hospital central



HOSPITAL CENTRAL O DE REFERENCIA – NIVEL DE ATENCIÓN TERCIARIA

Los hospitales de este nivel proporcionan atención general y especializada a casos complejos y pacientes gravemente enfermos, que incluye servicios de cirugía y radioterapia y servicios hospitalarios y ambulatorios múltiples.

Se dispone de los servicios analíticos de referencia y diagnósticos más completos, con anatomopatólogos y auxiliares de laboratorio de citología, radiología y diagnóstico por imagen.

Dentro de los dispensadores o profesionales sanitarios de este nivel puede haber ginecólogos, oncólogos y radioterapeutas, además de los dispensadores presentes en los niveles inferiores de atención.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- Alliance for Cervical Cancer Prevention. *Planning and implementing cervical cancer prevention programs: a manual for managers*. Seattle, WA, 2004.
- IARC. *Cervix cancer screening*. Lyon, IARCPress, 2005 (IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 10).
- OMS. *Cervical cancer screening in developing countries*. Report of a WHO Consultation. Ginebra, 2002.
- OMS. *Comprehensive cervical cancer control. A guide for essential practice, evidence base*. Ginebra (en preparación).
- Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino (www.alliance-cxca.org).
- Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (www.iarc.fr).
- Program for Appropriate Technology in Health (www.path.org).
- EngenderHealth (www.engenderhealth.org).
- JHPIEGO (www.JHPIEGO.org).
- *Prevención y control del cáncer*. Resolución 58.22 de la 58ª Asamblea Mundial de la Salud. (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_22-sp.pdf)
- Programa nacional de control del cáncer (www.who.int/cancer).
- Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones conexas de la OMS (www.who.int/reproductive-health).

RECOMENDACIONES DE LA OMS

- La educación sanitaria debe ser una parte integrante del control integral del cáncer cervicouterino.
- Se recomienda la citología en los programas de cribado del cáncer cervicouterino a gran escala, siempre que existan recursos suficientes.

Edades específicas y frecuencias recomendadas para el cribado del cáncer cervicouterino:

- Los programas nuevos deben comenzar el cribado en mujeres de 30 años de edad en adelante e incluir mujeres más jóvenes únicamente después de que el grupo de mayor riesgo esté cubierto. Los programas sistemáticos existentes no deben incluir mujeres menores de 25 años en su población destinataria.
- Si una mujer puede someterse a cribado una sola vez en su vida, la edad óptima es entre los 35 y los 45 años.
- En las mujeres de más de 50 años de edad, un cribado cada cinco años resulta adecuado.
- En las mujeres de entre 25 y 49 años de edad, si se dispone de recursos, el intervalo puede ser de tres años.
- No se recomienda el cribado anual a ninguna edad.
- No es necesario el cribado en las mujeres mayores de 65 años de edad si los dos últimos frotis han dado resultados negativos.
- Por ahora, los métodos de cribado visuales (con solución de ácido acético [IVA] o solución yodada de Lugol [IVL]) sólo se recomiendan en ensayos piloto y otros contextos estrechamente vigilados. No se recomienda la aplicación de estos métodos en las mujeres posmenopáusicas.
- Por ahora, la prueba del ADN de papilomavirus (VPH) como método primario de cribado sólo se recomienda en ensayos piloto y otros contextos estrechamente vigilados. Se puede utilizar conjuntamente con la citología y otras pruebas de detección, siempre que se disponga de recursos suficientes. El cribado basado en el ADN del VPH no debe comenzar antes de los treinta años de edad.
- No hay necesidad de limitar el uso de anticonceptivos hormonales, pese al riesgo ligeramente mayor de cáncer cervicouterino señalado con el uso de anticonceptivos orales combinados.

...../

- Se ha de ofrecer a las mujeres las mismas opciones de tratamiento y cribado del cáncer cervicouterino, con independencia de su estado serológico con respecto al VIH.
- La colposcopia se aconseja solamente como instrumento de diagnóstico y deben realizarla profesionales sanitarios debidamente capacitados y competentes.
- El precáncer debe tratarse en régimen ambulatorio siempre que sea posible. Tanto la crioterapia como la escisión electroquirúrgica con asa (LEEP) pueden resultar adecuadas para ese fin, según los criterios de elección y los recursos disponibles.
- La confirmación histológica del cáncer cervicouterino y la estadificación deben completarse antes de emprender investigaciones adicionales e instaurar el tratamiento.
- La cirugía y la radioterapia son las únicas modalidades de tratamiento primario recomendadas para el cáncer cervicouterino.
- La braquirradioterapia es un componente obligatorio de la radioterapia curativa del cáncer cervicouterino.
- Únicamente cirujanos con formación especializada en la cirugía del cáncer ginecológico practicarán una intervención quirúrgica en el tratamiento del cáncer cervicouterino.
- Las necesidades de las mujeres que padecen una enfermedad incurable deben atenderse por medio de la utilización de los servicios de cuidados paliativos existentes o del establecimiento de servicios nuevos. Los dispensadores de todos los niveles deben recibir formación y disponer de los recursos necesarios para tratar los trastornos físicos y los problemas psicosociales más frecuentes, prestando una atención especial al alivio del dolor.
- Un programa integral de lucha contra el cáncer cervicouterino debe velar por la disponibilidad de analgésicos opioides, analgésicos no opioides y analgésicos adyuvantes, especialmente de morfina para administración oral.



CAPÍTULO 1: GENERALIDADES

CAPÍTULO 1: GENERALIDADES

Puntos clave

- El cáncer cervicouterino es una de las principales causas de fallecimiento por cáncer en las mujeres del mundo en desarrollo.
- La causa subyacente primaria del cáncer cervicouterino es la infección por el virus del papiloma humano (VPH), un virus muy frecuente que se transmite por vía sexual.
- La mayoría de las infecciones por el VPH remiten espontáneamente; las que persisten pueden llevar al desarrollo de precáncer o cáncer.
- Normalmente es necesario que transcurran entre 10 y 20 años para que una lesión precursora producida por el VPH pueda transformarse en un cáncer invasor.
- Existen intervenciones eficaces contra el cáncer cervicouterino, que incluyen la detección y el tratamiento del precáncer y el cáncer invasor.
- Se estima que el 95% de las mujeres que viven en países en desarrollo nunca se han sometido a un cribado de cáncer cervicouterino.
- Más del 80% de las mujeres con diagnóstico reciente de cáncer cervicouterino viven en países en desarrollo; a casi todas ellas se les diagnostica el cáncer cuando la enfermedad se encuentra en un estadio avanzado.
- La tasa de curación de cáncer cervicouterino invasor está estrechamente relacionada con el estadio de la enfermedad en el momento en que se realiza el diagnóstico y con la disponibilidad de tratamiento. El cáncer cervicouterino casi siempre es mortal si no se trata.
- A causa de su complejidad, el control del cáncer cervicouterino requiere un esfuerzo conjunto y la comunicación entre los dispensadores de atención sanitaria de todos los niveles del sistema sanitario.

ACERCA DE ESTE CAPÍTULO

Los programas de lucha contra el cáncer cervicouterino pueden contribuir en gran medida a prevenir el cáncer cervicouterino y a reducir su morbilidad y mortalidad. En este capítulo se explica por qué es urgentemente necesario contar con programas sistemáticos de lucha contra el cáncer cervicouterino. En él se esboza la carga de enfermedad que pesa sobre las mujeres y los servicios de salud, se presenta un resumen de los datos estadísticos mundiales y se describen las desigualdades

regionales y nacionales. Asimismo se detallan los elementos esenciales de los programas que tienen éxito, incluidas las bases para la elección del grupo destinatario del cribado, así como las barreras que impiden su aplicación, para concluir que el control del cáncer ha de estribar en una constante mancomunidad de esfuerzos.

¿POR QUÉ CENTRARSE EN EL CÁNCER CERVICOUTERINO?

En el año 2005, se registraron, de conformidad con las proyecciones de la OMS, más de 500 000 casos nuevos de cáncer cervicouterino, de los cuales el 90% correspondía a países en desarrollo. Se estima que un número superior al millón de mujeres padecen actualmente de cáncer cervicouterino en el mundo, la mayoría de las cuales no están diagnosticadas o carecen de acceso a tratamientos que podrían curarlas o prolongarles la vida. Ese año, alrededor de 260 000 mujeres fallecieron de la enfermedad y cerca del 95% de esas defunciones ocurrieron en países en desarrollo; todo ello convierte al cáncer cervicouterino en una de las amenazas más graves para la vida de la mujer. En muchos países en desarrollo se tiene un acceso limitado a servicios de salud y la detección del cáncer cervicouterino, bien no se practica o bien se practica en unas pocas mujeres que lo necesitan. En dichas regiones, el cáncer cervicouterino es el cáncer más frecuente en la población femenina y la primera causa de fallecimiento de cáncer entre las mujeres.

La causa subyacente primaria del cáncer cervicouterino es la infección por una o más cepas oncógenas del virus del papiloma humano (VPH), un virus corriente que se transmite por vía sexual. La mayoría de las infecciones nuevas por el VPH ceden espontáneamente; si la infección persiste, puede desarrollarse un tumor premaligno, y si éste no recibe tratamiento, puede transformarse en cáncer. Habida cuenta de que las lesiones precursoras causadas por el VPH normalmente tardan entre 10 y 20 años en convertirse en un cáncer invasor, la mayor parte de los cánceres cervicouterinos pueden prevenirse mediante la detección precoz y el tratamiento anticipado de las lesiones precancerosas.

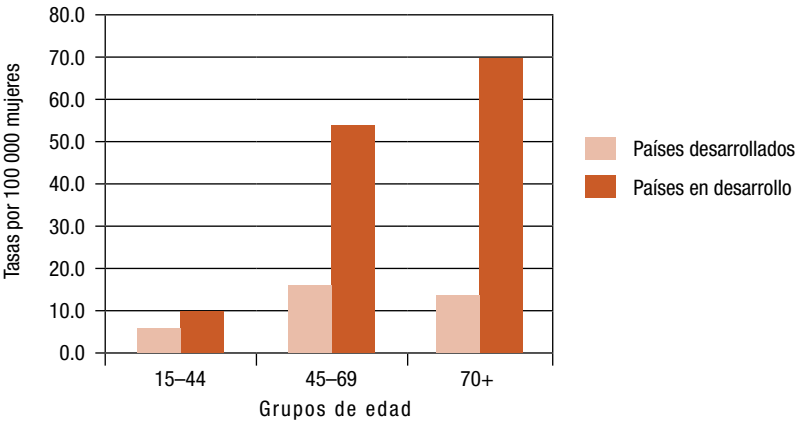
La experiencia adquirida en países desarrollados demuestra que los programas de cribado sistemático, debidamente planificados y de gran cobertura pueden reducir significativamente el número de casos nuevos de cáncer cervicouterino, así como la tasa de mortalidad que se le asocia. Asimismo, se tienen indicios de que una toma de conciencia general del cáncer cervicouterino, los programas eficaces de cribado y la optimación de los servicios de atención sanitaria existentes pueden aliviar la carga de cáncer cervicouterino en la población femenina y el sistema de atención sanitaria. La incidencia de cáncer cervicouterino y la mortalidad a causa de dicho cáncer difiere considerablemente entre los países desarrollados y los países en desarrollo, como ilustran las Figuras 1.1 y 1.2.

Las razones principales de que la incidencia y la mortalidad sean mayores en los países en desarrollo son:

- la falta de concienciación del cáncer cervicouterino por parte de la población, los dispensadores de atención sanitaria y los formuladores de políticas;
- la ausencia de programas de detección de lesiones precursoras y cáncer en sus fases iniciales, o la calidad deficiente de dichos programas. En las mujeres que nunca se han sometido a un cribado, el cáncer tiende a diagnosticarse en un estadio avanzado, cuando es más difícil de tratar;
- el reducido acceso a servicios de atención sanitaria;
- la falta de sistemas de derivación operativos.

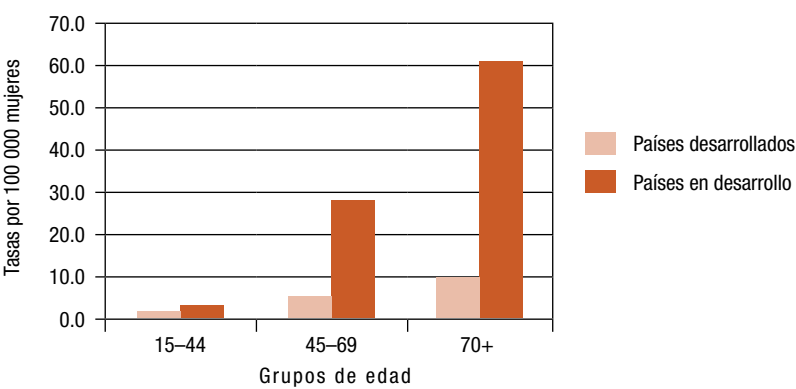
La diferencia que existe entre los países desarrollados y en desarrollo es un reflejo de marcadas desigualdades en el estado de salud de las personas y constituye un problema para los servicios de salud.

Figura 1.1 Tasas de incidencia de cáncer cervicouterino, normalizadas según la edad, en países desarrollados y en desarrollo (2005)



Fuente: OMS. *Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital*. Ginebra, 2005.

Figura 1.2 Tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino, normalizadas según la edad, en países desarrollados y en desarrollo (2005)

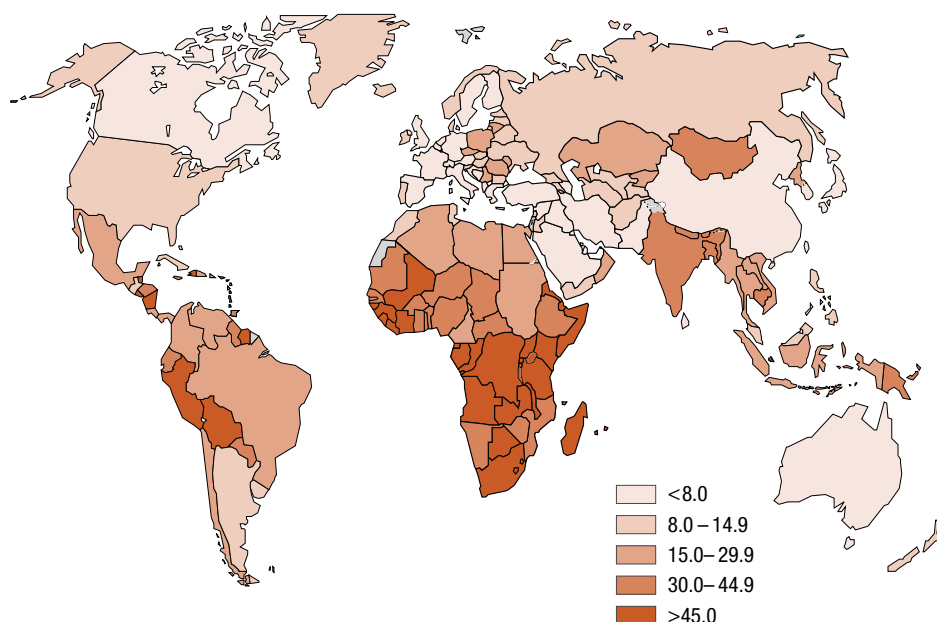


Fuente: OMS. *Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital*. Ginebra, 2005.

¿A QUIÉNES AFECTA MÁS EL CÁNCER CERVICOUTERINO?

El cáncer cervicouterino afecta raramente a las mujeres menores de 30 años de edad; es más frecuente en las mujeres de más de 40 años. El número más elevado de fallecimientos suele registrarse en las quincuagenarias y sexagenarias. El cáncer cervicouterino es una enfermedad mundial, pero las mayores tasas de incidencia se han encontrado en América Central y América del Sur, África Oriental, Asia Meridional y Sudoriental y Melanesia. La Figura 1.3 ilustra la incidencia mundial de cáncer cervicouterino.

Figura 1.3 Tasas de incidencia mundial de cáncer cervicouterino por 100 000 mujeres (de todas las edades), normalizadas según la edad con respecto a la población estándar de la OMS (2005).



Las tasas de cáncer cervicouterino disminuyeron en los últimos treinta años en la mayoría de los países desarrollados, probablemente como resultado de los programas de cribado y tratamiento. Por el contrario, dichas tasas aumentaron o permanecieron invariables en la mayoría de los países en desarrollo. Además, también existen desigualdades en el mundo desarrollado, donde las mujeres de las zonas rurales o más pobres corren un mayor riesgo de enfermar de cáncer cervicouterino de tipo invasor.

De no recibir tratamiento, el cáncer cervicouterino invasor resulta casi siempre mortal, causa un enorme dolor y sufrimiento a la mujer y ejerce importantes efectos adversos sobre el bienestar de la familia y la comunidad de la persona afectada.

BARRERAS PARA EL CONTROL DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

En los últimos decenios, varios países han puesto en marcha programas de lucha contra el cáncer cervicouterino; algunos lograron reducir significativamente la incidencia y la mortalidad, pero otros no. Entre las razones del fracaso se pueden citar:

- barreras políticas:
 - ausencia de prioridad de la salud reproductiva y sexual de las mujeres,
 - carencia de directrices apropiadas y políticas nacionales;
- barreras en la comunidad y el individuo:
 - falta de concienciación del cáncer cervicouterino como problema de salud,
 - actitudes, ideas falsas y creencias que impiden hablar libremente de las enfermedades del aparato genital;
- barreras económicas (falta de recursos);
- barreras técnicas y de organización, impuestas por una infraestructura sanitaria deficiente y sistemas sanitarios mal organizados.

Ausencia de prioridad de la salud femenina

La falta de primacía de las necesidades sanitarias de las mujeres, especialmente si no guardan relación con la planificación familiar o la maternidad, fue uno de los puntos considerados en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994. En dicha Conferencia, los países se comprometieron firmemente a reformular la salud de la mujer según los derechos humanos y a propiciar una visión integrada de la atención de la salud reproductiva. Aunque se han hecho avances significativos en ciertas esferas, el cáncer cervicouterino aún no ha recibido suficiente atención en muchos países, pese a su gran incidencia, morbilidad y mortalidad.

Carencia de directrices nacionales factuales

Puede que no existan directrices nacionales sobre control del cáncer cervicouterino o que éstas no reflejen los datos científicos recientes ni los datos epidemiológicos locales. Las directrices genéricas, disponibles en la literatura específica, a menudo no se aplican o no se adaptan a las necesidades del lugar. En muchos programas se pierden recursos escasos en el cribado de mujeres jóvenes que acuden a los consultorios de asistencia prenatal o de planificación familiar, o en el cribado más asiduo de lo necesario. Mejor sería que los recursos se utilizaran en atender a las mujeres de más edad, que corren un mayor riesgo y generalmente no acuden a los servicios de salud.

Infraestructura sanitaria y sistemas sanitarios mal organizados

Es indispensable disponer de un sistema sanitario en buen funcionamiento, con el equipamiento y los dispensadores idóneos necesarios, para las actividades de prevención, el cribado, el diagnóstico, la vinculación de las partes a efectos del seguimiento y del tratamiento, y los cuidados paliativos.

Falta de concienciación

En muchos lugares, el cáncer cervicouterino es una enfermedad ignorada por parte de los responsables de la toma de decisiones, los dispensadores de atención sanitaria y la población en general. Es posible que los responsables de la toma de decisiones desconozcan la tremenda carga morbosa y la magnitud del problema de salud pública que supone esta clase de cáncer. Quizás los dispensadores carecen de información precisa sobre su evolución natural, detección y tratamiento. Un gran número de mujeres y varones nunca han escuchado hablar del cáncer cervicouterino, ni reconocen los primeros signos y síntomas cuando aparecen. Las mujeres en riesgo tal vez no han cobrado conciencia de la necesidad de someterse a pruebas de detección, incluso en ausencia de síntomas.

Actitudes, ideas falsas y creencias

Las actitudes y las creencias acerca del cáncer cervicouterino de la población general y los dispensadores de atención sanitaria también pueden constituir obstáculos para su control. A menudo se piensa que el cáncer es una enfermedad incurable, que conduce irremediablemente a la muerte. Por otro lado, el aparato genital femenino se percibe como algo íntimo y es posible que las mujeres no se animen a referir los síntomas relacionados con él, especialmente cuando el dispensador de atención sanitaria es un varón o pertenece a una cultura diferente. Una excelente estrategia para animar a las mujeres a someterse a pruebas de detección y buscar tratamiento cuando presentan síntomas indicadores de cáncer cervicouterino puede ser la desestigmatización del diálogo sobre el aparato reproductor.

Falta de recursos

En la mayoría de los entornos donde existe una competencia encarnizada por recursos escasos, el cáncer cervicouterino sigue figurando entre los asuntos menos importantes del orden del día. En tales entornos, dicha enfermedad no se considera un problema prioritario ni goza de prioridad a efectos de la asignación de fondos.

LOS CUATRO COMPONENTES DEL CONTROL DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

En un programa nacional de lucha contra el cáncer existen cuatro elementos básicos para luchar contra el cáncer cervicouterino:

- prevención primaria;
- detección precoz, mediante una mayor sensibilización y programas de cribado sistemático;
- diagnóstico y tratamiento;
- cuidados paliativos en la enfermedad avanzada.

Por **prevención primaria** se entiende la prevención de la infección por el VPH y de los cofactores que incrementan el riesgo de cáncer cervicouterino; incluye:

- la educación y el aumento de sensibilidad a efectos de reducir las conductas sexuales arriesgadas;
- la puesta en práctica de estrategias localmente adecuadas para modificar las conductas;
- el desarrollo y la puesta en circulación de una vacuna eficaz y asequible contra el VPH;
- esfuerzos para desalentar el uso del tabaco, incluido el tabaquismo (que es un conocido factor de riesgo de cáncer cervicouterino y de otros tipos de cáncer).

La **detección precoz** incluye:

- programas de cribado sistemático orientados hacia los grupos adecuados de edad, con vínculos eficaces entre todos los niveles de atención;
- la educación de los dispensadores de atención sanitaria y de las mujeres del grupo indicado, haciendo hincapié en los beneficios del cribado, en la edad a la que normalmente se manifiesta el cáncer cervicouterino y en sus signos y síntomas.

El **diagnóstico y tratamiento** incluye:

- el seguimiento de las pacientes con resultados positivos en el cribado, para garantizar el diagnóstico y el tratamiento apropiado de la enfermedad;
- el tratamiento del precáncer con métodos relativamente sencillos para prevenir el desarrollo de cáncer;
- el tratamiento del cáncer invasor (comprende la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia).

Los **cuidados paliativos** incluyen:

- el alivio sintomático de la hemorragia, el dolor y otros síntomas de cáncer avanzado, así como de los efectos secundarios que causan algunos tratamientos;
- cuidado compasivo general de las mujeres que padecen de cáncer incurable;
- participación de la familia y de la comunidad en el cuidado de las pacientes cancerosas.

El control del cáncer cervicouterino puede lograrse si:

- existe una política nacional de lucha contra el cáncer cervicouterino, basada en la evolución natural de la enfermedad y en su prevalencia e incidencia locales en grupos diversos de edades;
- se asignan recursos económicos y técnicos para respaldar la política;
- se ponen en marcha programas de educación pública y de sensibilización a efectos preventivos para respaldar la política nacional;
- el cribado es sistemático, y no circunstancial, y se asegura el seguimiento y el control de la calidad (véase el Capítulo 4);
- se somete al cribado el mayor número posible de mujeres del grupo indicado;
- los servicios de detección se vinculan con el tratamiento del precáncer y el cáncer invasor;
- se pone en funcionamiento un sistema de información sanitaria para registrar los logros e identificar las faltas.

UNA TÁCTICA DE EQUIPO PARA EL CONTROL DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

Debido a su complejidad, el control del cáncer cervicouterino requiere un esfuerzo conjunto y multidisciplinar, así como la comunicación entre los dispensadores de todos los niveles del sistema sanitario.

- Los agentes de salud de la comunidad deben comunicarse con las enfermeras y los médicos de los servicios de atención primaria de salud y, a veces, con el personal de laboratorio y los especialistas de los niveles comarcal y central.
- La comunicación en los establecimientos sanitarios y entre los establecimientos sanitarios, así como los vínculos con los agentes de salud de la comunidad, resultan fundamentales a la hora de coordinar los servicios, prestar a las mujeres la mejor asistencia posible y mejorar los resultados. La comunicación bidireccional es especialmente importante a efectos del tratamiento de las mujeres con cáncer invasor, que reciben tratamiento en el hospital y luego regresan a su comunidad para reponerse o recibir cuidados.

- Los dispensadores de atención secundaria o terciaria, como son los cirujanos, los radioterapeutas y las enfermeras, deben comunicarse en un lenguaje claro con los dispensadores de atención primaria de salud y los agentes de salud de la comunidad. Puede resultar útil, por ejemplo, que los médicos del hospital central acudan de vez en cuando a las comunidades para hablar con los agentes de salud y constatar por sí mismos los problemas que existen en los entornos de pocos recursos que proporcionan cuidados a las mujeres tratadas contra el cáncer.
- Los supervisores y los administradores de los establecimientos pueden fomentar vínculos mediante la comunicación con los dispensadores y a través de la vigilancia y el mejoramiento de la calidad del sistema existente.
- Los administradores deben garantizar la disponibilidad de material y la existencia de incentivos adecuados para trabajar en condiciones óptimas.
- El equipo de control del cáncer cervicouterino debe obtener el apoyo y la dedicación de los responsables regionales y nacionales de la toma de decisiones.

Consejos para formar un equipo

- Asegurar la buena comunicación entre los miembros del grupo mediante reuniones periódicas de intercambio de información en las que el personal pueda ventilar y resolver los problemas laborales.
- Cultivar la confianza y la solidaridad mutuas entre el personal, incluidos los supervisores, para suscitar un interés genuino del uno por el otro.
- Mantener un entusiasmo elevado mediante la provisión de formación y de apoyo, con actualizaciones, supervisión y orientación periódicas.
- Velar por que el ambiente de trabajo sea agradable, limpio y seguro, y por que disponga de los suministros y del personal adecuados.
- Recompensar adecuadamente al personal por la labor que realiza.

RECURSOS ADICIONALES

- Alliance for Cervical Cancer Prevention. *Planning and implementing cervical cancer prevention programs: a manual for managers*. Seattle, WA, 2004.
- Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino, sitio web: www.alliance-cxca.org.
- Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, sitio web: www.iarc.fr.
- El Banco Mundial. *World development indicators 2003*. Washington, DC, 2003.
- Organización Mundial de la Salud. Programas nacionales de lucha contra el cáncer, 2.^a edición. Ginebra, 2002.

2

CAPÍTULO 2: ANATOMÍA DEL APARATO GENITAL FEMENINO Y EVOLUCIÓN NATURAL DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

CAPÍTULO 2: ANATOMÍA DEL APARATO GENITAL FEMENINO Y EVOLUCIÓN NATURAL DEL CÁNCER CERVICUTERINO

Puntos clave

- El conocimiento básico de la anatomía del aparato genital femenino y la evolución natural del cáncer cervicouterino es esencial para comprender la enfermedad y poder comunicar mensajes sobre prevención, cribado, tratamiento y asistencia.
- El cuello uterino experimenta cambios naturales desde el nacimiento hasta la menopausia.
- La zona de transformación del cuello uterino es la región donde surgen la mayor parte de tumores premalignos y cánceres.
- La zona de transformación es más grande durante la pubertad y el embarazo, así como en las mujeres que han tomado anticonceptivos orales durante largo tiempo, lo cual puede aumentar la exposición al VPH. Esto puede explicar por qué la actividad sexual precoz, los embarazos múltiples y, en menor grado, el uso a largo plazo de anticonceptivos orales son cofactores del desarrollo posterior de cáncer cervicouterino.
- Tras la menopausia, la zona de transformación puede extenderse al conducto endocervical interno, lo cual requiere el uso de un espéculo endocervical para poder verla en su totalidad.
- A partir del momento en que se descubre una displasia leve suelen transcurrir entre 10 y 20 años antes de que se desarrolle un cáncer invasor; esto significa que es posible combatir el cáncer cervicouterino mediante cribado y tratamiento.
- La infección por el VPH es un factor causal necesario, pero no suficiente, para que se desarrolle un cáncer cervicouterino; otros factores del hospedador, así como conductuales y medioambientales, pueden facilitar el desarrollo del cáncer.

ACERCA DE ESTE CAPÍTULO

La evolución natural del cáncer cervicouterino, que consiste habitualmente en la progresión lenta del precáncer inicial a la enfermedad invasora, es el motivo fundamental del cribado, la detección precoz y el tratamiento. Para comprender de qué manera se desarrollan y progresan el precáncer y el cáncer cervicouterinos, es necesario un conocimiento básico de la anatomía del aparato genital femenino, lo cual incluye los sistemas de vasos sanguíneos y drenaje linfático y la innervación. En este capítulo se describe la anatomía del aparato genital femenino y se ofrece información adicional destinada a los no especialistas sobre los cambios normales y

anormales que ocurren en el cuello uterino y cómo éstos se relacionan con el cribado y el tratamiento del precáncer y el cáncer. Con este conocimiento, los dispensadores de atención sanitaria podrán comunicar datos precisos sobre la prevención del cáncer cervicouterino, el cribado y el tratamiento a las mujeres, a las pacientes y a sus familias.

ANATOMÍA E HISTOLOGÍA

En este apartado se describen la anatomía del aparato genital femenino, las capas de revestimiento del cuello uterino o epitelios y los cambios fisiológicos normales que tienen lugar durante el ciclo vital de la mujer, y se identifica la zona más propensa a presentar anomalías precancerosas.

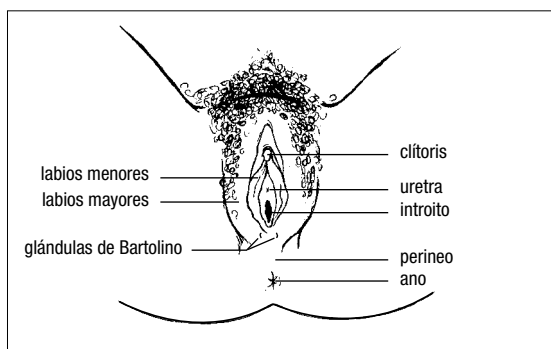
Anatomía del aparato genital femenino

El conocimiento de la anatomía de los órganos genitales femeninos ayudará a los dispensadores que participan en los programas de cáncer cervicouterino a:

- realizar sus tareas, con la inclusión del cribado y el diagnóstico;
- interpretar los informes de procedimientos analíticos y terapéuticos y las recomendaciones clínicas recibidas de dispensadores de los niveles superiores del sistema sanitario;
- informar a las pacientes (y sus familias) sobre su enfermedad y planificar su seguimiento;
- comunicar de manera eficaz con dispensadores de otros niveles de asistencia.

Los genitales externos

Figura 2.1 Genitales externos femeninos

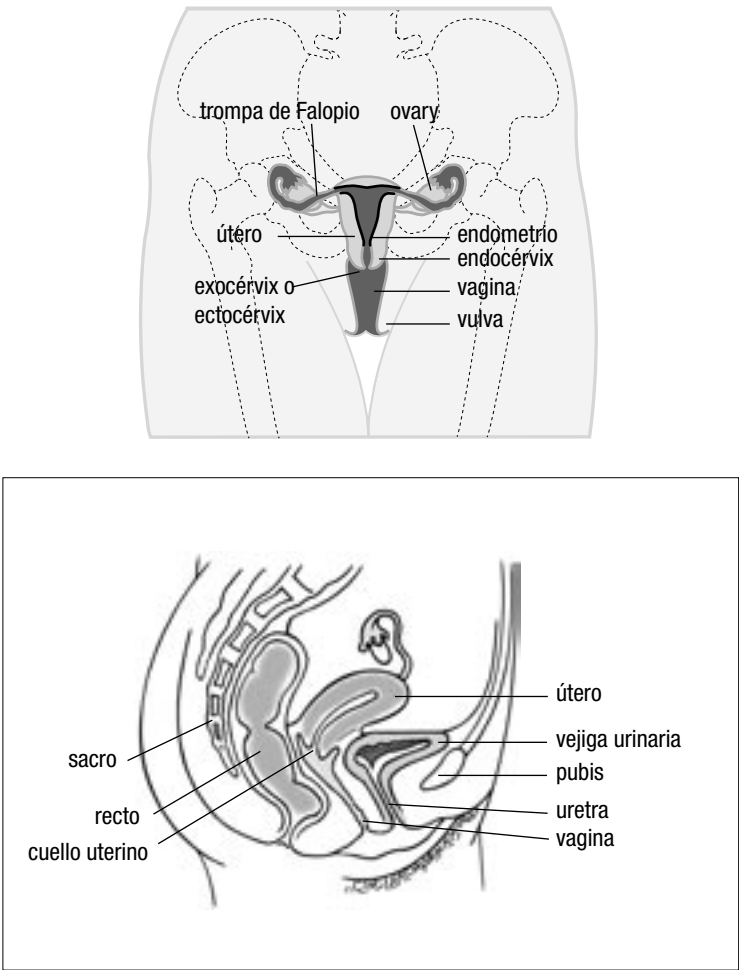


Como puede verse en la Figura 2.1, los genitales externos incluyen los labios mayores y menores, el clítoris, el orificio urinario (uretra) y el orificio de la vagina o introito. El área situada entre la vulva y el ano se denomina perineo. Las glándulas de Bartolino son dos corpúsculos pequeños situados a ambos lados del introito.

Los órganos internos

Como ilustra la Figura 2.2, la vagina y el útero se encuentran por detrás y por encima del pubis óseo en el interior de la pelvis. La vejiga urinaria y la uretra se sitúan delante de la vagina, y el útero y el recto detrás de ambas. Los uréteres (pequeños tubos que transportan la orina desde el riñón hasta la vejiga) se localizan cerca del cuello uterino en ambos lados.

Figura 2.2 Vista frontal y lateral de los órganos internos femeninos



La vagina

La vagina es un tubo fibromuscular elástico que se extiende desde el introito hasta el cuello uterino; sus paredes forman múltiples pliegues que le permiten expandirse durante la actividad sexual y el parto. Las paredes de la vagina están normalmente en contacto entre sí. La porción inferior del cuello uterino (exocérnix) protruye dentro del extremo superior de la vagina y la zona de ésta que lo rodea comprende los fondos de saco anterior, posterior y laterales.

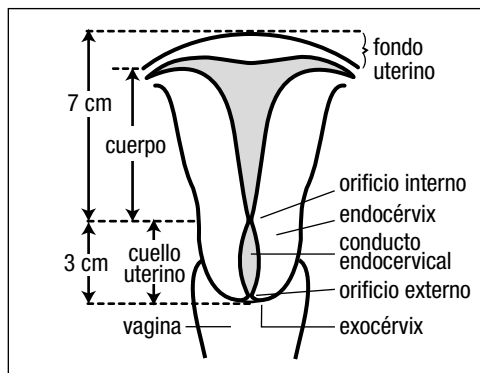
El útero y el cuello uterino

El útero o matriz es un órgano hueco de músculo liso con forma de pera y espesas paredes. Lo sustentan diversas estructuras de tejido conectivo: ligamentos transversales, ligamento uterosacro y ligamento ancho (un pliegue del peritoneo que abarca el área situada entre el útero y las paredes laterales de la pelvis ósea, que envuelve en su interior a las trompas de Falopio y a los ligamentos redondos). Los ovarios están fijados a la parte posterior del ligamento ancho. La cavidad del útero está recubierta por el endometrio, un epitelio glandular que experimenta cambios considerables durante el ciclo menstrual. El útero, cuando no está agrandado por el embarazo o por tumores, mide aproximadamente 10 centímetros desde la parte superior (fondo) hasta la inferior del cuello uterino.

El cuello uterino constituye el tercio inferior del útero y esta compuesto de tejido fibromuscular denso (Figura 2.3) recubierto por dos tipos de epitelio (véase más abajo). Mide unos 3 cm de longitud por 2,5 cm de diámetro.

La parte inferior del cuello uterino (cuello uterino externo o exocérnix) se encuentra en el interior de la vagina y es visible con un espéculo; los dos tercios superiores (cuello uterino interno o endocérnix) se encuentran por encima de la vagina. El conducto endocervical discurre por el centro del cuello uterino desde el orificio interno, lindante

Figura 2.3 Útero de una mujer en edad reproductiva



con la cavidad uterina, hasta el orificio externo, que puede verse en el centro del cuello del útero durante el examen con espéculo. En las mujeres nulíparas el orificio externo tiene el aspecto de una pequeña abertura redonda y en las mujeres que ya han tenido hijos el de una hendidura irregular en forma de boca. La porción inferior del conducto endocervical puede visualizarse mediante un espéculo endocervical.

Los vasos sanguíneos y linfáticos

Las arterias que irrigan el útero y el cuello uterino provienen de las arterias ilíacas internas y sus ramas uterina, cervical y vaginal. Las ramas cervicales descienden a lo largo del cuello uterino en las posiciones de las 3 y 9 horas. Es importante tenerlo presente cuando se inyecta un anestésico local para evitar que se inyecte en la arteria. Las venas que drenan la circulación del cuello uterino corren paralelas a las arterias. Los ganglios y conductos linfáticos que drenan los órganos pelvianos están situados junto a los vasos sanguíneos y pueden actuar como una vía de diseminación del cáncer cervicouterino. En los estadios avanzados del cáncer, los tumores de gran tamaño pueden bloquear el drenaje linfático y provocar hinchazón de piernas (linfedema).

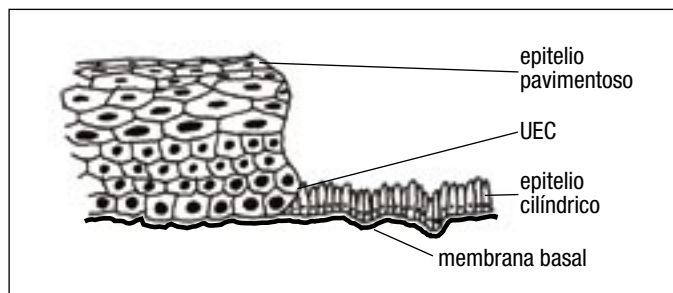
Los nervios

El exocérvis carece de terminaciones nerviosas sensibles al dolor; por lo tanto, las técnicas quirúrgicas que afectan sólo esta zona (biopsia, crioterapia) se toleran bien sin anestesia. Por otra parte, el endocérvis es rico en terminaciones nerviosas sensitivas y es sensible a estímulos dolorosos, al traumatismo y al estiramiento. Alrededor del cuello uterino hay redes de fibras nerviosas que se extienden al cuerpo del útero. En algunos procedimientos, con vistas a obtener una anestesia local se realiza un bloqueo paracervical mediante la inyección del anestésico en varios puntos situados entre el epitelio cervicouterino y el tejido vaginal. Dado que también hay nervios simpáticos y parasimpáticos, los procedimientos que afectan al conducto endocervical (tales como la inserción de una legra endocervical) pueden causar a veces una reacción vasovagal (sudoración, aumento del ritmo cardíaco y síncope).

El epitelio del cuello uterino

La superficie del cuello uterino está recubierta por dos tipos de epitelio: el epitelio escamoso (o pavimentoso) y el epitelio cilíndrico (o columnar) (Figura 2.4).

Figura 2.4 La unión escamoso-cilíndrica (UEC) y los dos tipos de epitelio del cuello uterino)



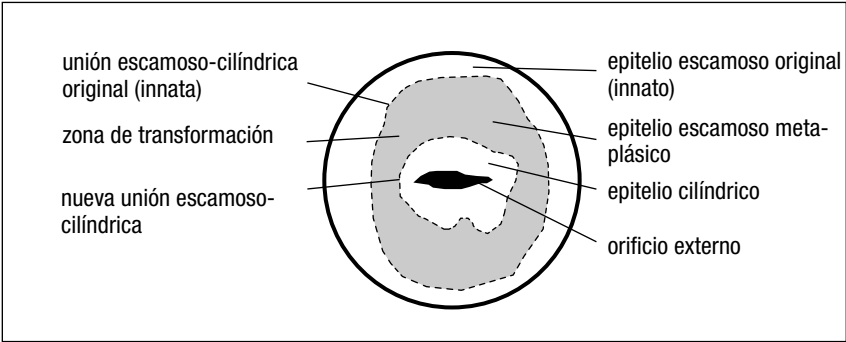
Adaptado de: Sellors JW, Sankaranarayanan R. *La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical. Manual para principiantes*. Lyon, IARC Press, 2002.

El epitelio escamoso estratificado posee múltiples capas de células cada vez más delgadas. Normalmente recubre la mayor parte del exocérnix y la vagina y, en las mujeres premenopáusicas, tiene un aspecto rosado pálido y opaco. Su capa más profunda (basal), compuesta de células redondeadas, está unida a la membrana basal, que separa el epitelio del estroma fibromuscular subyacente. En las mujeres posmenopáusicas, el epitelio escamoso posee menos capas de células, tiene un aspecto rosado blanquecino y es susceptible al traumatismo, lo cual se observa a menudo como pequeñas hemorragias o petequias.

El epitelio cilíndrico reviste el conducto endocervical y se extiende hacia el exterior hacia una porción variable del exocérnix. Consiste en una capa única de células altas que se asientan sobre la membrana basal. Esta capa es mucho más delgada que el revestimiento escamoso del exocérnix. Cuando se observa con un espéculo endocervical, su aspecto es rojo brillante.

La unión escamoso-cilíndrica (UEC) original se observa como una línea claramente delimitada, con un escalón producido por el distinto grosor de los epitelios cilíndrico y escamoso. La localización de la UEC original varía con la edad de la mujer, su estado hormonal, los antecedentes de traumatismos del parto, el embarazo y el uso de anticonceptivos orales (Figuras 2.5 y 2.6).

Figura 2.5 La zona de transformación del cuello uterino de una mujer en edad reproductiva que ha tenido algún hijo



Fuente: Sellors JW, Sankaranarayanan R. *La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical. Manual para principiantes*. Lyon, IARC Press, 2002.

Metaplasia escamosa y la zona de transformación

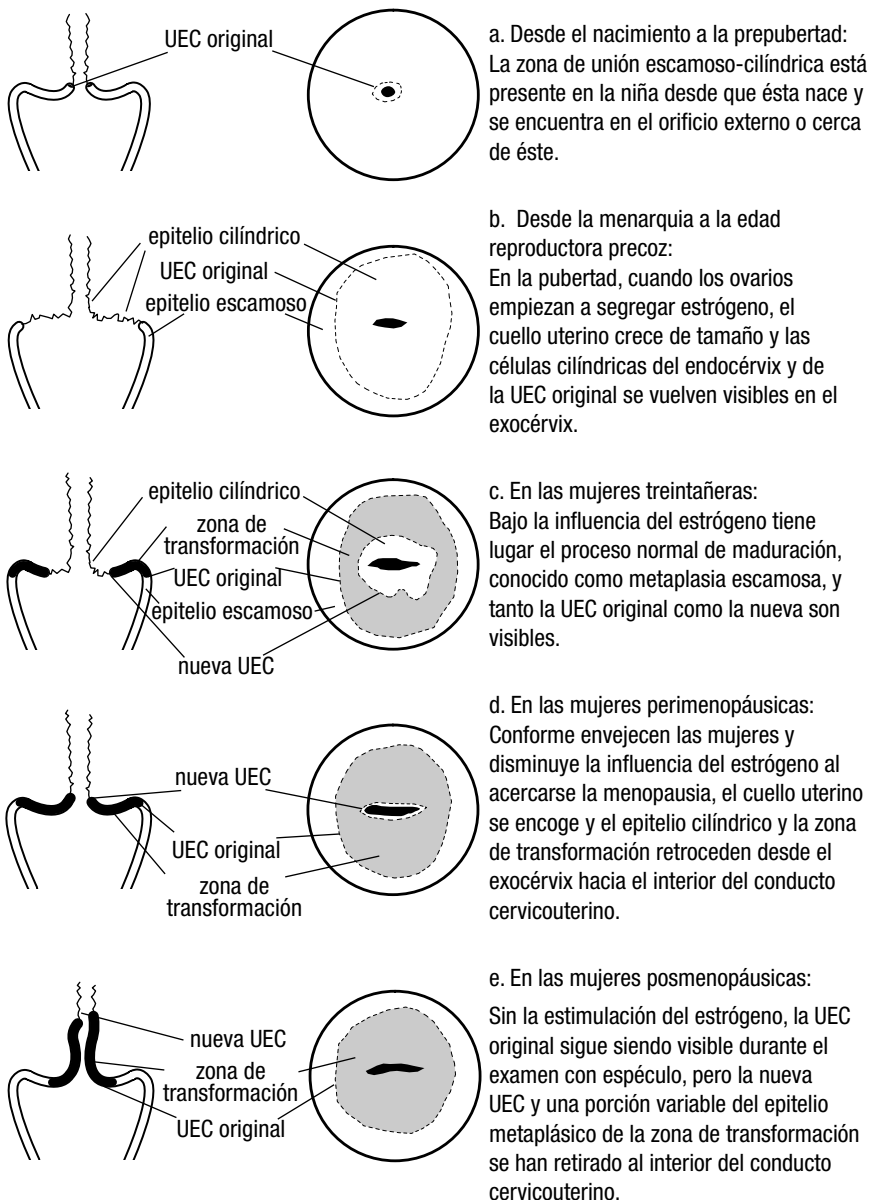
Cuando se expone al entorno ácido de la vagina, el epitelio cilíndrico es gradualmente sustituido por un epitelio escamoso estratificado, con una capa basal de células poligonales derivadas de las células de reserva subepitelial. Este proceso normal de sustitución se denomina «metaplasia escamosa» (o pavimentosa) y da lugar a una nueva UEC. Una vez maduro, el nuevo epitelio escamoso se parece al epitelio escamoso original. Sin embargo, cuando se las examina, la nueva UEC y la UEC original son distintas. La zona de transformación es la región situada entre la UEC original y la nueva, donde el epitelio cilíndrico se está sustituyendo o ha sido sustituido por el epitelio escamoso (Figuras 2.5 y 2.6).

Desarrollo del precáncer y el cáncer cervicouterinos

El epitelio escamoso estratificado que tapiza el cuello uterino brinda protección contra sustancias tóxicas e infecciones. En circunstancias normales, las capas superiores se destruyen y descaman continuamente, y la integridad del revestimiento se mantiene debido a la formación constante y ordenada de nuevas células en la capa basal. No obstante, en presencia de una infección persistente por el VPH y otros cofactores, las células escamosas metaplásicas de la zona de transformación adoptan un aspecto anormal, indicador de un tumor premaligno epidermoide cervicouterino (displasia). Estas últimas se multiplican de manera desordenada, característica de la transformación cancerosa, y dan lugar al carcinoma epidermoide.

Durante la pubertad y el embarazo, así como en las mujeres que toman anticonceptivos orales, la zona de transformación del exocérvis se agranda. La exposición al VPH en tales circunstancias puede facilitar la infección, lo cual explicaría la asociación entre el cáncer epidermoide cervicouterino y la actividad sexual precoz, los embarazos múltiples y, en menor medida, el uso a largo plazo de anticonceptivos orales. El noventa por ciento de los casos de cáncer cervicouterino surgen en el epitelio escamoso metaplásico de la zona de transformación; el otro 10% son adenocarcinomas cervicouterinos derivados del epitelio cilíndrico del endocérvis.

Figura 2.6 El proceso de metaplasia escamosa



EVOLUCIÓN NATURAL DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

¿Qué es el cáncer?

El término «cáncer» designa el crecimiento maligno, autónomo y desregulado de células. Dicho crecimiento da lugar a tumores, que pueden invadir partes adyacentes y distantes del cuerpo, a la par que destruyen tejidos normales y compiten por los nutrientes y el oxígeno. Las metástasis ocurren cuando se desprenden del tumor original pequeños grupos de células que viajan a sitios distantes a través de los vasos sanguíneos y linfáticos e inician nuevos tumores similares al original.

El desarrollo del cáncer cervicouterino

La causa principal del cáncer epidermoide cervicouterino es la infección persistente o crónica por uno o más de los denominados tipos oncógenos (o de «alto riesgo») del papilomavirus humano. Los tipos más frecuentes que causan cáncer son el 16 y el 18, que se encuentran en el 70% de todos los cánceres cervicouterinos comunicados. Otros tipos oncógenos (por ejemplo, el 31, el 33, el 45 y el 58) son menos frecuentes y su prevalencia puede variar según la zona geográfica. Los tipos de VPH de bajo riesgo 6 y 11 no se asocian con cáncer, pero causan verrugas genitales. Los determinantes principales de la infección por el VPH, tanto en los varones como en las mujeres, están relacionados con el comportamiento sexual e incluyen la iniciación sexual a edad temprana, el número elevado de parejas sexuales y las relaciones con parejas sexuales promiscuas. La infección por el VPH de alto riesgo es más frecuente en las mujeres jóvenes, y su prevalencia puede llegar a ser de entre el 25% y el 30% en las menores de 25 años. En muchos lugares la prevalencia disminuye abruptamente con la edad.

Si bien la infección por un VPH de alto riesgo es la causa fundamental del cáncer cervicouterino, la mayoría de las mujeres infectadas por ese tipo de VPH no enferman de cáncer. La mayor parte de las infecciones cervicouterinas por cepas de VPH de cualquier tipo son breves, sólo un pequeño número de ellas persisten y todavía menos son las que progresan a lesiones precancerosas o a cáncer invasor. No se han dilucidado los cofactores ni las condiciones que determinan que una infección por el VPH persista y progrese a cáncer, pero es posible que los siguientes desempeñen alguna función al respecto:

- cofactores relacionados con el VPH:
 - tipo vírico,
 - infección simultánea por varios tipos oncógenos,
 - gran cantidad de virus (carga vírica);

- cofactores relacionados con el huésped:
 - estado inmunitario: las personas con inmunodeficiencia (como la que se observa en la infección por el VIH) contraen infecciones más persistentes por el VPH y se caracterizan por una progresión más rápida a precáncer y cáncer,
 - número de partos: el riesgo de cáncer cervicouterino aumenta con el mayor número de partos;
- cofactores exógenos:
 - tabaquismo,
 - coinfección por el VIH u otros agentes de transmisión sexual, tales como el herpes simple 2 (VHS-2), *Chlamidia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*,
 - uso a largo plazo (> 5 años) de anticonceptivos orales.

Este último cofactor es particularmente inquietante, ya que la restricción del uso de anticonceptivos orales podría ejercer efectos profundos sobre la elección de anticonceptivos por parte de las mujeres y, por lo tanto, sobre las tasas de embarazos no deseados, abortos peligrosos y mortalidad materna. Un grupo de expertos de la OMS, convocado para examinar las pruebas y formular recomendaciones, concluyó que todos los métodos anticonceptivos, incluidos los anticonceptivos orales, comportan riesgos y beneficios. Los beneficios de los anticonceptivos orales compensan con creces los riesgos, ya que el número de cánceres cervicouterinos debidos a su uso es probablemente muy pequeño; por lo tanto, no se les debe impedir ni desaconsejar el uso de anticonceptivos orales a las mujeres que los han escogido.

RECOMENDACIÓN

No hay necesidad de limitar el uso de anticonceptivos hormonales, pese al riesgo ligeramente más elevado de cáncer cervicouterino que se observa con el uso de anticonceptivos orales combinados.

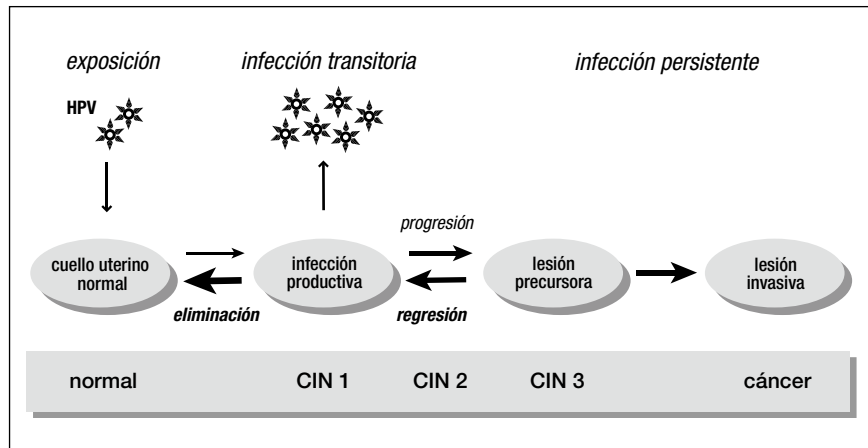
Evolución natural del precáncer

Al principio de la adolescencia y en el primer embarazo, mientras tiene lugar la metaplasia escamosa, la infección por el VPH puede inducir cambios en las células recién transformadas, con la incorporación de componentes víricos en el ADN celular. Si el virus persiste, puede causar alteraciones precancerosas y más tarde cancerosas al interferir con la regulación normal de la multiplicación celular (Figuras 2.7 y 2.8).

Las estimaciones del tiempo necesario para que se desarrolle el cáncer a partir de la infección por el VPH varían. El sesenta por ciento o más de los casos de displasia leve se resuelven espontáneamente y sólo el 10% progresan a displasia moderada o grave en 2 a 4 años; en algunos casos puede observarse una displasia moderada o grave sin un estadio previo detectable de displasia leve. Menos del 50% de los casos de displasia grave progresan a carcinoma invasor y los porcentajes son mucho menores en las mujeres más jóvenes.

El curso natural de la progresión, habitualmente de unos 10 a 20 años entre la displasia leve y el carcinoma, hace que el cáncer cervicouterino sea una enfermedad relativamente fácil de prevenir y es la razón fundamental del cribado.

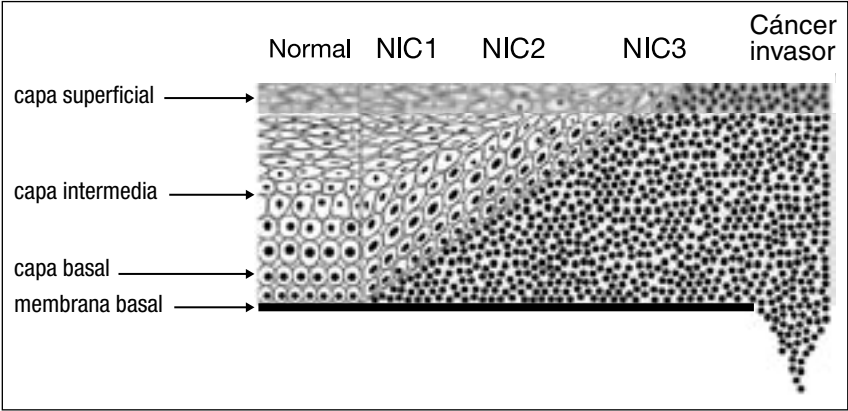
Figura 2.7 Evolución natural del cáncer cervicouterino



CIN: neoplasia intraepitelial cervicouterina

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

Figura 2.8 Progreso del epitelio normal a cáncer invasor



CIN: neoplasia intraepitelial cervicouterina

Sistemas de clasificación del precáncer

Existen muchos sistemas en el mundo para clasificar y denominar los tumores premalignos del cuello uterino tomando como base la citología y la histología (Tabla 2.1). Algunos son más útiles que otros pues toman en consideración el conocimiento de la evolución natural de la enfermedad adquirido durante las últimas décadas. El sistema de clasificación de la neoplasia intraepitelial cervicouterina (CIN) se desarrolló en 1968 para tener en cuenta las distintas evoluciones naturales observadas con diferentes grados de displasia. En muchos países todavía se usa en los informes citológicos, aunque hablando con propiedad sólo se debería utilizar en los informes histológicos (resultado del examen de las muestras de tejido al microscopio). El sistema de Bethesda se concibió en la década de 1990 en el United States National Cancer Institute (Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos). En este sistema, que sólo se debería utilizar en los informes citológicos, las CIN 2 y 3 se han reunido en un solo grupo, denominado «lesión intraepitelial escamosa de alto grado» (HSIL). En la citología (esto es, en el examen de un frotis al microscopio), es difícil, si no imposible, distinguir la CIN 2 y la 3. En la clasificación de 2001 de Bethesda, las células atípicas se dividen en ASC-US (células escamosas atípicas de significado indeterminado) y ASC-H (células escamosas atípicas, no puede excluirse una lesión intraepitelial escamosa de alto grado). Ésta es la clasificación recomendada por la OMS para los informes citológicos.



Tabla 2.1 Precáncer cervicouterino: diferentes terminologías utilizadas en los informes citológicos e histológicos

Clasificación citológica (utilizada para el cribado)		Clasificación histológica (utilizada para el diagnóstico)	
Papanicolau	Sistema de Bethesda	CIN	Clasificaciones descriptivas de la OMS
Clase I	Normal	Normal	Normal
Clase II	ASC-US ASC-H	Atipia	Atipia
Clase III	LSIL	CIN 1 incluido el condiloma plano	Displasia leve, coilocitosis
Clase III	HSIL	CIN 2	Displasia moderada
Clase III	HSIL	CIN 3	Displasia grave
Clase IV	HSIL	CIN 3	Carcinoma <i>in situ</i>
Clase V	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor

CIN: neoplasia intraepitelial cervicouterina; LSIL: lesión intraepitelial escamosa de bajo grado; HSIL: lesión intraepitelial escamosa de alto grado; ASC-US: células escamosas atípicas de significado indeterminado; ASC-H: células escamosas atípicas, no puede excluirse una lesión intraepitelial escamosa de alto grado.

¿Con qué frecuencia se encuentran anomalías en el cribado?

El número de lesiones precancerosas que se encuentran en una población depende de:

- la prevalencia de la enfermedad en la población;
- el grupo de edad sometido a cribado (por ejemplo, si incluye a muchas mujeres jóvenes se encontrarán más LSIL);
- si la mujer ha sido objeto de cribado previo (si el cribado se practica regularmente en las mujeres se encontrarán menos LSIL); y
- la prevalencia del VIH en la población sometida a cribado (se encuentran más lesiones precancerosas cuando la prevalencia del VIH es elevada).

En una población nunca antes cribada de mujeres de entre 25 y 65 años de edad probablemente se observen los siguientes porcentajes de resultados anormales:

- LSIL: 3–10%;
- HSIL: 1–5%;
- cáncer invasor: 0,2–0,5%.

Evolución natural del cáncer cervicouterino invasor

El cáncer cervicouterino invasor se define como una invasión de células anormales en el tejido conectivo fibroso y denso situado por debajo de la membrana basal. Se inicia con un estadio microinvasor, que no es visible al ojo desnudo durante el examen con espéculo y debe diagnosticarse histológicamente, mediante una muestra de tejido obtenido en una conización o una histerectomía. Luego, da lugar a lesiones mayores, que pueden extenderse a la vagina, las paredes pélvicas, la vejiga, el recto y órganos distantes. Si no se trata, el cáncer cervicouterino progresa de manera predecible y casi siempre conduce a la muerte. El sistema de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO) se utiliza a menudo para describir la extensión de la invasión cancerosa y seleccionar opciones de tratamiento (véase el Capítulo 6).

Existen cuatro vías, habitualmente secuenciales, por medio de las cuales progresa un cáncer invasor. La enfermedad permanece generalmente confinada al aparato genital femenino durante un largo período, donde puede recibir tratamiento.

1. **Dentro del cuello uterino.** Se extiende a partir de un pequeño foco de cáncer microinvasor y termina por afectar a todo el cuello uterino, que puede agrandarse hasta tener un diámetro de 8 cm o más. El cáncer puede ser ulceroso, exofítico (que crece hacia fuera) o infiltrante (que invade el interior).

2. **Hacia las estructuras adyacentes.** La diseminación directa en todas las direcciones es posible: hacia abajo (la vagina); hacia arriba (el útero); hacia los lados (en los parametrios, que son los tejidos que soportan el útero en la pelvis, y los uréteres); hacia atrás (el recto) y hacia delante (la vejiga).
3. **Linfática.** La diseminación hacia los ganglios linfáticos pelvianos ocurre en el 15 % de los casos cuando el cáncer se encuentra todavía confinado al cuello uterino y aumenta conforme el cáncer se disemina. Las metástasis en los ganglios linfáticos se limitan al principio a la región pelviana, más tarde pasan a la cadena ganglionar a lo largo de la aorta y, finalmente, alcanzan la fosa supraclavicular (el espacio situado por encima de la clavícula). Si el cáncer ha avanzado hasta el tercio inferior de la vagina, los ganglios inguinales pueden verse afectados y agrandados a la palpación.
4. **Metástasis distantes** por las vías linfática y sanguínea. Las células cancerosas del cuello uterino pueden diseminarse a través de la sangre y el sistema linfático y reproducirse por metástasis a distancia en el hígado, los huesos, los pulmones y el cerebro.

Cáncer cervicouterino e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana

La inmunodepresión debida a la infección por el VIH u otras causas (como puede ser la administración de fármacos contra el rechazo de un injerto después del trasplante) plantea ciertos problemas.

Las mujeres seropositivas presentan:

- una mayor prevalencia del VPH; el riesgo de infección aumenta con el grado de inmunodepresión;
- una mayor prevalencia de infección persistente y de infección por múltiples tipos oncógenos de VPH;
- un mayor riesgo de precáncer, que aumenta con el grado de inmunodepresión y puede ser de dos a seis veces mayor que en las mujeres no infectadas;
- un mayor riesgo de enfermar de cáncer cervicouterino;
- un diagnóstico de enfermedad invasora hasta 10 años antes que la media;
- más frecuentemente una enfermedad avanzada con peor pronóstico.

Todavía no está claro si la administración de un tratamiento antirretrovírico de gran actividad (TARGA) a mujeres seropositivas afecta de manera sustancial la evolución natural de la lesión intraepitelial escamosa.

RECURSOS ADICIONALES

- Berek JS et al., eds. *Novak's textbook of gynecology*, 12th ed. Baltimore, MD, Lippincott, Williams & Wilkins, 1996.
- IARC. *Cervix cancer screening*. Lyon, IARCPress, 2005 (IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 10).
- Shaw RW, Soutter WP, Stanton SL, eds. *Gynaecology*, 3rd ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 2003.
- Tavassoli FA, Devilee P, eds. *Pathology and genetics of tumours of the breast and female genital organs*. Lyon, IARCPress, 2003 (WHO Classification of Tumours).
- OMS. *Cervical cancer screening in developing countries*. Report of a WHO Consultation. Ginebra, 2002.

3

CAPÍTULO 3: FOMENTO DE LA SALUD: PREVENCIÓN, EDUCACIÓN SANITARIA Y ORIENTACIÓN

CAPÍTULO 3: FOMENTO DE LA SALUD: PREVENCIÓN, EDUCACIÓN SANITARIA Y ORIENTACIÓN

Puntos clave

- El fomento de la salud, que incluye la educación y la orientación de los varones y las mujeres, debe ser una parte integrante de todos los programas de lucha contra el cáncer cervicouterino.
- La educación sanitaria debe aspirar a garantizar que las mujeres, sus familias y la comunidad en general comprendan que es posible prevenir el cáncer cervicouterino.
- Los mensajes de educación sanitaria sobre el cáncer cervicouterino deben reflejar la política nacional y ser culturalmente apropiados y consecuentes en todos los niveles del sistema sanitario.
- Los dispensadores deben recibir formación para tratar la sexualidad de una manera no sentenciosa y abordar problemas de conducta en relación con el cáncer cervicouterino y el VPH.
- La intimidad y la confidencialidad durante la orientación son elementos esenciales de una asistencia de óptima calidad.

ACERCA DE ESTE CAPÍTULO

Este capítulo aborda la importancia de integrar el fomento de la salud en las actividades de control del cáncer cervicouterino mediante educación sanitaria, prevención primaria y orientación. Estas tres estrategias transmiten mensajes similares y exigen técnicas de comunicación relacionadas y superpuestas. Se esbozan aquí los mensajes claves relacionados con cambios de comportamiento, así como las pruebas fehacientes de la efectividad de los preservativos y las vacunas para reducir el daño causado por el VPH. Las hojas prácticas (HP) del final del capítulo enumeran los mensajes clave que han de formar parte de la educación sanitaria sobre el cáncer cervicouterino, ofrecen respuestas a preguntas frecuentes sobre el cáncer cervicouterino y el VPH, indican cómo involucrar a los varones en la prevención del cáncer cervicouterino y proporcionan más datos acerca de la orientación.

FOMENTO DE LA SALUD

El fomento de la salud en lo personal y social, ayudando a las personas a comprender y reducir su riesgo de contraer enfermedades, a evitar los hábitos perniciosos y a adoptar estilos de vida más sanos, es una función clave de los programas de salud en todos

los niveles. En muchos países, la prevención ha ocupado tradicionalmente un puesto inferior al de los cuidados curativos, pero gradualmente se está volviendo más visible; se necesitan esfuerzos continuos en esta dirección. El fomento de la salud puede realizarse de múltiples maneras. Tres estrategias son particularmente útiles en relación con el cáncer cervicouterino: la prevención primaria (de la infección por el VPH), la educación sanitaria y la orientación.

PAPEL DEL DISPENSADOR DE ATENCIÓN SANITARIA

El suministro de información correcta sobre el cáncer cervicouterino en la comunidad y los servicios de salud es primordial para aumentar la sensibilidad y reducir la enfermedad y las muertes. Todas las categorías de dispensadores de atención sanitaria, sea cual fuere el entorno en donde trabajen, deberían proporcionar a mujeres y varones información correcta y consecuente sobre el cáncer cervicouterino, cómo prevenirlo, las razones del cribado y la significación y el tratamiento de cualquier anomalía detectada. El lenguaje utilizado debería adaptarse al público al que va dirigido y corresponder a la función y la formación del dispensador. Los dispensadores deberían asegurarse siempre de que tanto la mujer como las personas que la apoyan comprenden cabalmente la información. Para lograrlo, los dispensadores deben mantener al día sus conocimientos y mejorar sus técnicas de comunicación.

Para modificar una conducta, se necesita conocimiento, pero el conocimiento solo no basta. Es más probable que se logre un cambio de comportamiento si los dispensadores ayudan a las mujeres a evaluar su propio riesgo de enfermedad y las facultan para reducir dicho riesgo. Se requieren técnicas de comunicación para educar y orientar a las mujeres y ayudar a las mujeres del grupo indicado a comprender su necesidad de cribado, seguimiento y tratamiento. Si se descubre un cáncer, las mujeres necesitan que se les explique la naturaleza y el pronóstico de su enfermedad. Una vez que se hayan formulado mensajes claros en un lenguaje sencillo, la educación sanitaria en el establecimiento no debería llevar mucho tiempo y puede realizarse tanto en espacios colectivos como en consultas personales.

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VPH

El VPH es un virus común que se transmite por contacto íntimo, por ejemplo, por contacto sexual con y sin penetración. Una gran proporción de varones y mujeres se infectan por el VPH en algún momento de sus vidas. La única manera infalible de prevenir el VPH genital es la abstención total del contacto genital directo y del coito. No obstante, algunos cambios de comportamiento sexual (por ejemplo, el uso de preservativos, la demora del primer coito) ofrecen cierta protección contra el VPH.

Uso de preservativos

Los preservativos protegen solo parcialmente del contagio de VPH, dado que puede haber virus en las superficies corporales no cubiertas por el preservativo, como son la zona perianal y el ano en los varones y mujeres, la vulva y el perineo en las mujeres y el escroto en los varones.

A pesar de ello, se ha visto que el uso sistemático y correcto de preservativos brinda importantes beneficios:

- permite una eliminación más rápida del VPH tanto en los varones como en las mujeres;
- aumenta la regresión de las lesiones cervicouterinas;
- reduce el riesgo de verrugas genitales;
- reduce el riesgo de precáncer cervicouterino y de cáncer cervicouterino;
- protege contra otras infecciones de transmisión sexual (ITS), incluidas las infecciones por clamidias y el VHS-2, que son posibles cofactores del cáncer cervicouterino;
- protege contra la infección por el VIH, un conocido facilitador tanto de la infección por VPH oncógenos como de la progresión a lesiones de alto grado;
- protege contra el embarazo no deseado.



Preservativos

Los preservativos pueden reducir el riesgo de contraer enfermedades relacionadas con el VPH porque disminuyen la cantidad de VPH transmitidos o reducen la posibilidad de reexposición. Hasta la fecha se desconoce si los preservativos femeninos (que cubren parte de la vulva) ofrecen la misma protección contra el VPH que los preservativos masculinos o si ofrecen una protección mayor.

La promoción y la distribución de preservativos son componentes esenciales de todos los esfuerzos para controlar las infecciones de transmisión sexual

El futuro: vacunación contra la infección por el VPH

Dado que la mayoría de las personas se exponen al VPH una vez que emprenden una vida sexual activa, una forma ideal de prevenir la infección por el VPH podría ser mediante la vacunación antes de la exposición. La vacuna debería proteger contra al menos los tipos oncógenos más frecuentes (VPH 16 y VPH 18) y, preferiblemente, contra todos los tipos oncógenos. Las vacunas candidatas recientemente elaboradas contra el VPH, diseñadas para proteger contra la infección por el VPH 16 y el VPH 18, han dado resultados prometedores. Sin embargo, antes de poder utilizar cualquier vacuna con éxito todavía hay que resolver muchas cuestiones e inquietudes programáticas. Por ejemplo, el acceso equitativo a vacunas contra el VPH, que será importante garantizar a fin de lograr una óptima cobertura de los adolescentes antes de que emprendan una vida sexual activa.

Cualquier efecto de una vacuna sobre la incidencia del cáncer cervicouterino no se detectará sino hasta varias décadas después de su introducción. Por ello, habría que continuar el cribado generalizado del cáncer cervicouterino incluso después de que el programa de vacunación contra el VPH se haya puesto totalmente en práctica, a fin de detectar las anomalías cervicouterinas en la población no vacunada y previamente infectada, y de supervisar y evaluar los avances realizados en pos de los objetivos del programa de vacunación.

Prevención de posibles cofactores

Los varones, las mujeres y los adolescentes necesitan ser conscientes de los demás factores asociados con el desarrollo del cáncer cervicouterino en las mujeres infectadas por el VPH (véase el Capítulo 2). Incluso si los factores todavía no se comprenden del todo, el personal sanitario debería forjar estrategias para llegar a individuos y comunidades, distribuir información y proporcionar orientación en materia de modificación del comportamiento, como puede ser la reducción del número de parejas sexuales, el abandono del tabaquismo, la demora del primer coito y el uso de preservativos. Por otro lado, el riesgo de cáncer cervicouterino aumenta en las mujeres que toman anticonceptivos orales durante cinco años o más; no obstante, el incremento es muy pequeño y los beneficios de prevenir un embarazo no deseado y un aborto peligroso justifican con mucho el riesgo. Por ello, no hay necesidad de limitar el uso de anticonceptivos hormonales.

EDUCACIÓN SANITARIA

La educación sanitaria es la comunicación de información general actualizada y mensajes sobre cambios de conducta en un lenguaje simple y comprensible a personas o grupos. Los mensajes deben comunicarse en un lenguaje local y culturalmente apropiado y han de elaborarse en colaboración con la comunidad y de acuerdo con las directrices nacionales. Es importante que el núcleo de los mensajes sea siempre el mismo, con independencia de dónde, por quién y a quién se den. La educación sanitaria no es un acontecimiento aislado; debe ser una actividad continua y requiere el esfuerzo constante de administradores y dispensadores para mantener sus conocimientos al día.



Educación sanitaria

La educación sanitaria es necesaria para asegurar una cobertura óptima del programa, lo que a su vez entrañará un mayor impacto programático. Mediante la educación de la comunidad se podrán derribar muchas de las barreras con las que se topan los programas de cribado del cáncer. Por ejemplo, estudios diversos han mostrado que muchas mujeres no asisten a los programas de cribado porque no son conscientes del riesgo que corren de padecer un cáncer cervicouterino ni de los beneficios del cribado en la prevención y la detección precoz de dicho cáncer. Puede que las mujeres

de los países en desarrollo y de las zonas rurales no hayan oído hablar ni del cáncer cervicouterino ni de las pruebas de detección o puede que no sean conscientes de que un resultado positivo de una prueba no significa necesariamente que tengan cáncer o que vayan a morir irremediamente. Muchas ideas falsas y creencias sobre el cáncer reflejan miedos a descubrir una enfermedad que –según han escuchado decir– es mortal. A menudo, también existe una estigmatización de las enfermedades del aparato reproductor, en particular de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VPH. El miedo y la vergüenza a las exploraciones genitales y el temor a la ausencia de intimidad y de confidencialidad pueden impedir que las mujeres acudan a tales servicios. Si dicha información se apoya en una provisión hábil y respetuosa de servicios, las mujeres serán más proclives a acudir y a recomendar el cribado a sus amigas y parientes.



Preguntas frecuentes

RECOMENDACIÓN

La educación sanitaria debe ser una parte integrante del control integral del cáncer cervicouterino.

En los programas de lucha contra el cáncer cervicouterino, la educación sanitaria incluye lo siguiente:

- información a la personas sobre el cáncer cervicouterino, sus causas y su historia natural;
- fomento del cribado en mujeres del grupo indicado;
- mayor concienciación de los signos y síntomas del cáncer cervicouterino y ánimo a las mujeres para que busquen asistencia si los presentan;
- disminución de la ignorancia, el miedo, la vergüenza y la estigmatización relacionados con el cáncer cervicouterino.

Ideas falsas y hechos sobre el cáncer cervicouterino

Idea falsa	Hecho
Los dispositivos intrauterinos (DIU) producen cáncer cervicouterino.	Los DIU no se asocian con ningún aumento de cáncer cervicouterino.
En el cribado se extrae una parte del cuerpo.	El cribado del cáncer cervicouterino implica una recogida delicada de células de la superficie del cuello uterino; no se extrae ningún trozo de tejido.
El cribado es como una vacuna: una vez hecho impide que se tenga cáncer cervicouterino.	El cribado, en sí mismo, no previene el cáncer cervicouterino, sino que detecta si el cuello uterino es normal o no. Si las anomalías se detectan precozmente y se tratan, el cáncer se puede prevenir.
No vale la pena acudir por el cribado del cáncer, pues sólo sirve para que la mujer sepa que tiene una enfermedad mortal y la enfermedad no tiene remedio.	El cribado puede detectar anomalías antes de que se conviertan en cáncer. Asimismo, si el propio cáncer se detecta de manera precoz puede curarse con el tratamiento adecuado.
El cáncer cervicouterino se observa en mujeres con hábitos poco higiénicos.	Nada indica que la higiene deficiente produzca cáncer cervicouterino.
El uso de tampones y de hierbas puede causar cáncer cervicouterino.	El cáncer cervicouterino se debe a una infección vírica. El tabaquismo y las parejas sexuales múltiples pueden aumentar el riesgo, pero no está demostrado que el uso de tampones y de hierbas ejerza algún efecto.

Cómo impartir educación sanitaria

- Se deben elaborar mensajes para afrontar los miedos e ideas falsas comunes, así como la estigmatización asociada a las infecciones de transmisión sexual.
- Los dispensadores deben hacer esfuerzos por vencer su propia incomodidad al hablar de cuestiones sexuales y enfermedades de los órganos genitales.



- Los dispensadores deben suministrar información precisa de una manera aceptable y no sentenciosa.
- Las respuestas a las preguntas frecuentes se deben elaborar localmente, en consultación con la comunidad y en armonía con las creencias y prácticas locales.
- El hecho de que el cáncer cervicouterino se asocie a la infección por el VPH (una infección de transmisión sexual) genera preguntas embarazosas que los dispensadores deben estar preparados a responder. En la Hoja Práctica 2 se ofrecen algunos ejemplos y respuestas.

¿Dónde se puede impartir educación sanitaria?

Personal sanitario diverso, a saber, médicos, enfermeras, educadores sanitarios, ayudantes de enfermería, técnicos clínicos, consejeros y agentes de salud de la comunidad, pueden proveer información sobre el cáncer cervicouterino dentro o fuera del establecimiento sanitario. Otras personas, como los dirigentes comunitarios y los curanderos tradicionales, también pueden ofrecer educación sanitaria si reciben capacitación para comunicar los mensajes clave formulados por las autoridades sanitarias.

Educación sanitaria en establecimientos sanitarios

Se puede proporcionar información sobre el cáncer cervicouterino a grupos en salas de espera por intermedio de carteles, charlas sobre la salud, vídeos y material escrito. Los mensajes deben ser consecuentes y siempre se deben elaborar y probar de antemano teniendo presente el público al que van dirigidos. Se puede ofrecer información y enseñanza sobre el cáncer cervicouterino a varones y mujeres en las charlas sanitarias de asistencia pre y posnatal, planificación familiar, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), cuidados crónicos e infecciones de transmisión sexual. En los grupos compuestos principalmente de mujeres jóvenes en situación de bajo riesgo, se pueden formular mensajes con sencillez para informar al grupo y promover el cribado de mujeres en la edad indicada. Se requieren técnicas de educación de adultos para comunicar mensajes con eficacia.

Las mujeres que acuden al establecimiento sanitario con motivo de una consulta también deben recibir mensajes, adaptados a la edad y otros factores de riesgo. Por ejemplo, una mujer de más de 30 años de edad que acude por síntomas de ITS y a la que nunca le hicieron una prueba de detección, además de recibir ilustración y servicios específicamente relacionados con sus síntomas, debe recibir información sobre el cáncer cervicouterino. Si no le pueden hacer un cribado enseguida habría que alentarla de forma convincente a que vuelva pronto para tal fin. Por otra parte, a la adolescente que acude sólo para planificación familiar se le puede brindar información

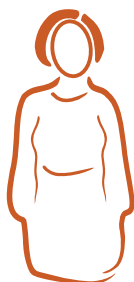
general, asegurándole que no necesitará cribado hasta que tenga entre 25 y 30 años de edad, y se la puede animar a que hable con las mujeres mayores de su familia sobre la necesidad del cribado.

Se puede ofrecer cribado a todas las mujeres en riesgo que acudan a los establecimientos sanitarios por un servicio dado para ellas o sus hijos. Además, cualquiera que trabaje en un establecimiento sanitario, incluidos los trabajadores de la limpieza, las secretarías y los conductores de vehículos pueden participar en este esfuerzo y recibir formación para transmitir mensajes oportunos. Por ejemplo, los trabajadores de la limpieza y los conductores deberían conocer los horarios y los locales de los servicios de cribado; se podría preparar a los recepcionistas para que respondan preguntas sobre la edad recomendada de cribado y la naturaleza del procedimiento y para que ayuden a las clientes a obtener más información.

Alcance en la comunidad

La educación comunitaria puede realizarse en diversas circunstancias, por intermedio de grupos religiosos o comunitarios, en los colegios, en las actividades deportivas, en los días de sensibilización sanitaria o en el contexto de una campaña de cribado. Diversos miembros de la comunidad pueden recibir formación para comunicar mensajes clave: profesionales médicos, maestros, dirigentes de la comunidad, promotores sanitarios, curanderos tradicionales y comadronas. Un material escrito, los mensajes por radio y televisión, los artículos en los periódicos, los carteles y panfletos, todas son maneras de llegar a personas en la comunidad. El enfoque para educar a la comunidad sobre el cáncer cervicouterino y los beneficios del cribado puede adaptarse al público y al entorno, pero el contenido de los mensajes no debe variar.

Historia ³



Dawn, una mujer keniana de 32 años, no estaba enferma. De hecho, se sentía muy bien. Poco antes, el anuncio de un trabajador sanitario durante un funeral la había hecho reflexionar. El trabajador habló de una enfermedad crónica que afecta a las mujeres -el cáncer cervicouterino- y explicó que se podía prevenir. Si el cáncer cervicouterino no se detectaba a tiempo ni se trataba rápido, podía ser mortal.

El trabajador comunitario le dio una tarjeta explicándole dónde debía ir para pasar una prueba de detección. «De alguna manera, supe que era importante que fuera y me enterase si corría riesgo, porque, al fin y al cabo, podría conseguir ayuda». Cuando Dawn regresó al cabo de dos semanas, le dijeron que la prueba era negativa, lo cual significaba que era normal. «Me sentí muy aliviada». Ahora, le dijeron, lo único que tiene que hacer es volver en tres años para otra prueba.



Como la habían tratado con tanta amabilidad y aprendió tanto, Dawn empezó a hacer pública su experiencia a la primera oportunidad que se presentaba. Muchas mujeres con quienes habló siguieron su consejo y pasaron la prueba, incluso si no presentaban síntomas. Dos de esas mujeres le dijeron a Dawn que les estaban tratando un tumor premaligno para evitar que enfermaran de cáncer. Dawn está contenta de ayudar a los demás. «No quiero que nadie muera si tenemos la oportunidad de vivir más», dice.

Cómo llegar a los varones

Al igual que con otros aspectos de la salud reproductiva, es fundamental llegar a los varones, tanto en los establecimientos sanitarios como en la comunidad, con mensajes sobre la prevención del cáncer cervicouterino, la transmisión sexual del VPH y la importancia de alentar a sus parejas a que se sometan a cribado y tratamiento cuando sea preciso. Una conducta sexual expuesta en el varón es un factor de riesgo para su pareja. Por lo tanto, se debe incluir información sobre la prevención del VPH y su papel en el cáncer cervicouterino en los mensajes de prevención de las infecciones de transmisión sexual y el VIH en todos los servicios a los que los varones acuden en busca de asistencia. Se debe disponer ampliamente de preservativos.



A los varones

³ Adaptado de: Alliance for Cervical Cancer Prevention. *Women's stories, women's lives: experiences with cervical cancer screening and treatment*. Seattle, WA, 2004.

ORIENTACIÓN

La orientación es una comunicación directa, personal y confidencial en la que el consejero o guía ayuda al cliente a tomar decisiones y actuar en consecuencia. La orientación requiere aptitudes para escuchar y conversar y un conocimiento del tema en cuestión. Todos los dispensadores deben recibir capacitación en técnicas de orientación para que puedan comunicarse eficazmente con las clientes.



Orientación

La orientación sólo puede ayudar a una persona a tomar decisiones si:

- existe una confianza mutua entre el cliente y el consejero;
- existe una transferencia bidireccional de información pertinente, precisa y completa.

La naturaleza de la orientación sobre el cáncer cervicouterino variará según el problema o la preocupación del cliente y sus circunstancias individuales. Puede versar sobre prevención, cribado, seguimiento, derivación, diagnóstico, tratamiento de tumores premalignos y tratamiento del cáncer invasor. La orientación puede contribuir asimismo a que las pacientes y sus familias sobrelleven un diagnóstico de cáncer invasor y enfermedad terminal. Dicha orientación puede implicar sólo a la paciente o también a su pareja y otros miembros de la familia, especialmente cuando haya que tomar decisiones sobre una enfermedad grave o un tratamiento costoso. Un buen consejero utiliza técnicas de comunicación tanto verbales como no verbales y ayuda a la cliente a sentirse cómoda mostrando empatía por su situación, tranquilizándola e infundiéndole una sensación de respaldo al ayudarla a resolver su problema. Pueden ofrecer orientación dispensadores de todos los niveles implicados en el control del cáncer cervicouterino que tengan un trato directo con las pacientes. El grado de profundidad y los pormenores de la información comunicada variarán según la situación y las necesidades de la paciente y la categoría y el nivel del dispensador. La orientación se estructurará para educar a la mujer, examinar los resultados del cribado y seguimiento, presentar servicios y procedimientos alternativos y comentar el seguimiento que la cliente pueda necesitar. Ello aportará a la mujer los medios que necesita para tomar decisiones racionales por sí misma.

¿Quién necesita orientación?

Todas las mujeres que deben decidir si optar o no por un servicio deben recibir orientación, así como aquellas que han optado por el servicio y necesitan información sobre lo que ello implica y cómo se relaciona con su salud presente y futura. En la Hoja Práctica 4 se ofrecen algunas directrices sobre orientación óptima.

Intimidad y confidencialidad

Garantice la *intimidad* impartiendo orientación en un entorno en el que tanto la mujer como el dispensador no puedan ser vistos ni oídos, salvo por las personas que la cliente autorice. La *confidencialidad* también es esencial, lo cual significa que nada de lo hablado en la consulta o hallado durante un examen se revelará a persona alguna sin previa autorización.

La intimidad y la confidencialidad son elementos esenciales tanto durante la orientación como en todos los aspectos asistenciales de la paciente y son particularmente importantes en relación con las enfermedades que afectan la zona genital y que pueden exigir una exploración embarazosa para la mujer. Si una paciente nota la falta de intimidad en un consultorio o que el dispensador adopta una actitud sentenciosa o de desaprobación o que puede revelar información a otros, podría decidir ocultar datos importantes, dirigirse a un establecimiento sanitario alejado e incluso no buscar atención médica en absoluto.

- Hay que asegurarse de que nadie puede ver o escuchar lo que se dice durante las consultas, la orientación y las exploraciones.
- Hay que garantizar la confidencialidad: se necesitan esfuerzos especiales en muchos servicios de atención sanitaria, especialmente en los saturados o concurridos.
- Hay que archivar los formularios y las actas en un lugar seguro; sólo el personal pertinente debe tener acceso a ellos.
- Debe evitarse hablar de las pacientes con otros miembros del establecimiento sanitario, tanto dentro como fuera del establecimiento.
- Se tratará a las pacientes con respeto, sea cual fuere su edad, enfermedad, estilo de vida, estado civil o nivel socioeconómico.
- Los dispensadores de atención sanitaria que conocen a los miembros del clan familiar o a los vecinos de las pacientes deben extremar los cuidados para garantizar a las pacientes que se respetará la confidencialidad.

EDUCACIÓN SANITARIA Y ORIENTACIÓN EN LOS DIFERENTES NIVELES

3

Capítulo 3: Fomento de la salud: prevención, educación sanitaria y orientación

En la comunidad



- Valorar lagunas de conocimiento, mitos y actitudes negativas prevalentes en la comunidad.
- Formular mensajes clave sobre prevención y utilizarlos en la educación y la orientación sanitarias.
- Dar charlas sanitarias personalizadas para públicos específicos (jóvenes, varones, mujeres de distintas edades) en distintos lugares.
- Distribuir material de información, educación y comunicación.
- Orientar a las mujeres de la comunidad sobre el cáncer cervicouterino y su prevención, detección y tratamiento (dependiendo de las necesidades individuales).

En el establecimiento sanitario



- Aprovechar cualquier ocasión que se presente para brindar información y orientación y propiciar un cambio de comportamiento en grupos de pacientes.
- Orientar a mujeres y varones por separado, así como a las parejas, sobre la prevención del cáncer cervicouterino y su detección precoz.
- Promover el cribado de las mujeres en el grupo de edades propicias, en salas de espera y consultas externas y mediante difusión en la comunidad.
- Formar y ayudar a los agentes sanitarios y voluntarios de la comunidad a proporcionar educación en la comunidad. Asegurarse de que utilizan mensajes clave concertados.

En el hospital comarcal



- Informar y orientar a las mujeres en salas de espera, consultas externas y servicios hospitalarios sobre el cáncer cervicouterino, su prevención y detección precoz.
- Promover el cribado en cualquier ocasión que se presente, incluso en actividades de divulgación en la comunidad.
- Formar y supervisar a los trabajadores y propugnar la educación en comunidades y centros de salud, asegurándose de que los mensajes sobre el cáncer cervicouterino sean consecuentes.

En el hospital central

Realizar todas las actividades realizadas en los hospitales comarcales y además:

- Concebir material educativo e informativo claro sobre el diagnóstico, el tratamiento y los cuidados paliativos del cáncer cervicouterino para las pacientes y las familias.
- Informar y educar a los responsables de la toma de decisiones y hacedores de políticas sobre el cáncer cervicouterino, sus efectos sobre la salud de la población y los costos para el sistema, así como la relación costo-beneficio de los esfuerzos organizados para prevenirlo y detectarlo.

Mensajes de orientación

Los agentes de salud de la comunidad y otros dispensadores de atención sanitaria pueden hablar con las mujeres que los consultan sobre:

- el grupo indicado para el cribado del cáncer cervicouterino;
- la prueba de detección utilizada, cómo se realiza y qué información proporciona sobre el cuello uterino;
- lo que implica una exploración ginecológica y una prueba de detección, y dónde y cuándo se ofrece el cribado.

También pueden:

- ayudar a superar la reticencia femenina a la exploración ginecológica;
- recalcar la necesidad de seguir el consejo de volver al establecimiento sanitario por los resultados o el seguimiento;
- explicarle a la mujer que recibirá una explicación detallada de los procedimientos clínicos y que puede aceptar o rechazar cualquiera de ellos (consentimiento informado);
- decirle que está permitido que alguien la acompañe si lo desea.

RECURSOS ADICIONALES

- ACCP. *Planning and implementing cervical cancer prevention and control programs: a manual for managers*. Seattle, WA, Alliance for Cervical Cancer Prevention, 2004.
- Bradley J et al. *Whole-site training: a new approach to the organization of training*. New York, Association for Voluntary Surgical Contraception, 1998 (AVSC Working Paper, No. 11; www.engenderhealth.org).
- Burns A et al. *Where women have no doctor: a health guide for women*. Berkeley, CA, Hesperian Foundation, 1997.
- *Cervical cancer prevention guidelines for low-resource settings*. Baltimore, MD, JHPIEGO Corporation, 2001.
- *GATHER guide to counselling*. Baltimore, MD, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, 1998 (Population Reports, Series J, No. 48; www.jhuccp.org).
- Hubley J. *Communicating health: an action guide to health education and health promotion*. London, Macmillan, 1993.
- *Prevention and management of reproductive tract infections (RTIs): the comprehensive reproductive health and family planning training curriculum*. Watertown, MA, Pathfinder International, 2000.
- OMS. *Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo. Una guía para la práctica básica*. Geneva, 2005.
- *Working with men*. New York, EngenderHealth, 2005 (<http://www.engenderhealth.org/ia/www/index.html>) [resources for male involvement in reproductive health programmes].

HOJA PRÁCTICA 1: EDUCACIÓN SANITARIA

HP 1

Esta Hoja Práctica ofrece mensajes factuales clave que pueden promover cambios de comportamiento capaces de reducir el daño causado por el cáncer cervicouterino.

Para ser un educador sanitario eficaz sobre el cáncer cervicouterino:

- Usted debe tener un conocimiento correcto y actualizado del cáncer cervicouterino, así como buenas aptitudes de comunicación.
- Usted debe transmitir mensajes consecuentes acerca del cáncer cervicouterino adaptados al nivel educativo y la cultura del público receptor.
- Usted debe sentirse cómodo hablando de sexualidad y de los comportamientos que aumentan el riesgo de infección por el VPH y de cáncer cervicouterino.
- Usted debe sentirse cómodo explicando el uso de preservativos masculinos y femeninos.
- Sus mensajes deben ser congruentes con la política nacional y apropiados a la situación local.

Mensajes clave sobre el cáncer cervicouterino para el varón y la mujer

- El cáncer cervicouterino es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres cuádragenarias, quincuagenarias y sexagenarias en los países en desarrollo.
- El cáncer cervicouterino se atribuye a una infección por el virus del papiloma humano, una infección vírica muy frecuente de transmisión sexual. Esta infección ocurre muy a menudo en varones y mujeres jóvenes que podrían no ser conscientes de padecerla.
- El uso de preservativos ofrece una protección parcial frente al VPH y puede disminuir el riesgo de contraer enfermedades relacionadas con el VPH, tales como las verrugas genitales y el cáncer cervicouterino.
- La mayoría de las infecciones por VPH no son persistentes ni causan cáncer.
- Las pocas infecciones por VPH que persisten pueden llevar a contraer precáncer; si no se trata, éste puede convertirse en cáncer.
- Por lo general, se necesitan muchos años para que la infección por el VPH cause precáncer y muchos años más para que el precáncer progrese a cáncer.
- El cribado puede detectar el precáncer. La mayoría de las anomalías encontradas en el cribado se curan.
- Las mujeres de 25 años o más de edad son más propensas que las más jóvenes a contraer precáncer cervicouterino. Las mujeres deberían pasar una prueba de detección al menos una vez entre los 35 y 45 años y, si es posible, cada tres años desde los 25 a los 65 años (o según las directrices nacionales).

HP 1

- El cribado es relativamente sencillo, rápido e indoloro.
- Las lesiones precancerosas se pueden tratar con facilidad y generalmente no requieren hospitalización.
- Si el cáncer se detecta y se trata de forma precoz puede curarse.
- Las mujeres deben solicitar rápidamente atención médica si padecen un flujo anormal, hemorragia vaginal, hemorragia después del coito o cualquier sangrado después de la menopausia; podrían ser signos de cáncer cervicouterino.
- Las mujeres tienen derecho a tomar sus propias decisiones acerca de su salud (con la participación de su pareja o de su familia si lo desean). A pesar de que el cribado y el seguimiento son muy recomendados, las mujeres deben tener la libertad de rechazar cualquier prueba o tratamiento.

Mensajes sobre comportamiento personal

- Retrase el primer coito: las personas que entablan precozmente relaciones sexuales son más susceptibles de contraer una infección por el VPH. Las mujeres jóvenes son más vulnerables al contagio con un acto sexual único.
- Retrase el primer embarazo: las hormonas del embarazo pueden aumentar el riesgo de enfermar de cáncer cervicouterino.
- Limite el número de embarazos: las mujeres que han tenido 5 o más hijos tienen más posibilidades de enfermar de cáncer cervicouterino.
- Reduzca el número de parejas sexuales: cuantas más parejas tiene una persona, mayor es la posibilidad de contraer una infección de transmisión sexual, incluidas las infecciones por el VPH y el VIH/SIDA; ambos aumentan el riesgo de cáncer cervicouterino.
- Evite los compañeros promiscuos: las mujeres cuyos compañeros tienen (o han tenido) múltiples parejas presentan una tasa superior de cáncer cervicouterino.
- Use preservativos: se ha visto que los preservativos protegen contra las infecciones de transmisión sexual y reducen el riesgo de cáncer cervicouterino.
- No fume: las mujeres que fuman presentan un mayor riesgo de enfermar de casi todas las clases de cáncer, incluido el cervicouterino.
- Busque tratamiento médico de inmediato si tiene síntomas de una infección de transmisión sexual o sospecha que se ha expuesto a tal infección. Algunas infecciones de transmisión sexual pueden facilitar el desarrollo de cáncer cervicouterino y causar otros efectos indeseados sobre la salud, por ejemplo, la esterilidad. Un tratamiento rápido de las infecciones de transmisión sexual puede proteger contra el VPH y el cáncer cervicouterino.

- Si tiene más de 25 años, sométase a una prueba de detección. Casi todas las mujeres que han realizado el coito se han expuesto probablemente al VPH. El cribado puede detectar lesiones incipientes, de manera que se las puede tratar antes de que progresen a cáncer.
- Mensaje especial para varones y muchachos: reduzcan el número de sus parejas sexuales y utilicen siempre preservativos, especialmente con las nuevas parejas.

Nota para el educador

Algunos de los comportamientos mencionados aquí arriba pueden ser difíciles de poner en práctica, especialmente en las mujeres que no pueden decidir cuándo, con quien y cómo practicar el acto sexual. Si logra que los varones sean conscientes de estos hechos podría ser que éstos traten a sus parejas con mayor equidad.

Material didáctico

La educación sanitaria se imparte mejor en encuentros directos («cara a cara»). El uso del siguiente material didáctico, siempre que dicho material sea apropiado en su comunidad, lo puede ayudar:

- rotafolios;
- folletos;
- proyecciones de diapositivas;
- escenificación de situaciones y psicodramas;
- vídeos;
- programas de radio y de televisión;
- presentaciones realizadas por expertos capaces de comunicarse en un lenguaje sin tecnicismos.

HP 1

Hoja Práctica 1: Educación sanitaria

HOJA PRÁCTICA 2: PREGUNTAS FRECUENTES (PF) SOBRE EL CÁNCER CERVICOUTERINO

HP 2

Los varones, las mujeres e incluso los dispensadores de atención sanitaria a menudo carecen de información sobre el cáncer cervicouterino. Esta Hoja Práctica enumera algunas preguntas frecuentes y ofrece respuestas a las mismas. Usted y sus colegas deberían añadir otras preguntas adecuadas a la situación local, junto con sus respuestas.

CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO

P ¿Qué es el cáncer?

R El cáncer es la multiplicación desregulada de algunas células del cuerpo, que causa tumores o bultos. No todos los bultos se consideran cáncer. Los que se diseminan a otras partes del cuerpo y pueden interferir con las funciones normales reciben el nombre de «cáncer».

P ¿Qué es el cáncer cervicouterino?

R Es un tipo de cáncer que se inicia en el cuello del útero, es decir, en la abertura de la matriz. Las células del cuello uterino empiezan a multiplicarse de manera anormal y, a veces, si no se tratan, se convierten en un cáncer. Sin embargo, estas modificaciones incipientes (precancerosas o premalignas) pueden desaparecer naturalmente, sin causar problemas.

P ¿Qué es lo que causa cáncer cervicouterino?

R El cáncer cervicouterino está causado por la infección de un virus llamado «papilomavirus humano» o VPH. La mayoría de las veces, la infección por el VPH desaparece sin tratamiento; sin embargo, a veces, el VPH permanece en las células durante años y, en algunas mujeres, puede llegar a producir cáncer cervicouterino. No se conoce a ciencia cierta por qué algunas mujeres contraen cáncer cervicouterino y otras no.

P ¿Es el cáncer cervicouterino una infección de transmisión sexual?

R No, pero la infección por el VPH sí es una infección de transmisión sexual, y muy frecuente, tanto en los varones como en las mujeres. Sólo en unas pocas mujeres con VPH se observará una progresión a precáncer. Si no se trata, algunas de estas mujeres tendrán cáncer cervicouterino, muchos años después del contagio de la infección por el VPH.

HP 2

P ¿Se puede prevenir el cáncer cervicouterino?

- R** Sí. Con la limitación del número de nuevas parejas sexuales, la utilización de preservativos, el retraso de las primeras relaciones sexuales y los embarazos y el hecho de no fumar se favorece la prevención del cáncer cervicouterino. En la actualidad se están probando vacunas contra el VPH, que probablemente serán los medios más eficaces de prevención una vez que se disponga de ellas ampliamente. En ese caso, se deberán administrar a los jóvenes antes de que inicien la vida sexual activa.

La mejor manera de prevenir el cáncer cervicouterino hoy día es mediante el cribado de las mujeres para detectar el precáncer, el cual se puede tratar antes de que se convierta en cáncer.

P ¿Quién corre riesgo de padecer un cáncer cervicouterino?

- R** Todas las mujeres que han practicado el coito corren potencialmente el riesgo, porque pueden haber contraído una infección por el VPH. El cáncer cervicouterino es más frecuente en las mujeres de entre 40 y 60 años de edad. Corren mayor riesgo las que nunca se hicieron un cribado, que practicaron el coito y tuvieron hijos muy jóvenes, que tienen más de 5 hijos, que tienen múltiples parejas o compañeros con múltiples parejas, y fuman. La infección por el VIH también aumenta el riesgo en las mujeres.

P Las mujeres que toman anticonceptivos hormonales ¿corren mayor riesgo de cáncer cervicouterino?

- R** El riesgo es algo mayor cuando se usan anticonceptivos orales de forma prolongada. Las mujeres que toman anticonceptivos orales, al igual que las demás, deben pasar periódicamente una prueba de detección. No hay motivo para suspender el uso de anticonceptivos, ya que los beneficios son mayores que los riesgos.

P ¿Causan cáncer las verrugas genitales?

- R** No. El cáncer lo causan ciertos tipos de VPH, los denominados «de alto riesgo» (u oncógenos). Las verrugas genitales se deben a otros tipos de VPH, «de bajo riesgo», que no causan cáncer (no son oncógenos).

CRIBADO

P ¿Qué es una prueba de detección?

R Una prueba de detección o cribado es un test que se realiza en personas sanas y asintomáticas a fin de identificar a las que tienen mayores probabilidades de contraer una enfermedad en particular. Una prueba de detección de cáncer cervicouterino puede determinar si un cuello uterino es normal o no. Puede detectar signos de enfermedad incipiente antes de que una mujer tenga síntomas, cuando el tratamiento puede prevenir el desarrollo de la enfermedad.

P ¿Quién debe someterse al cribado del cáncer cervicouterino?

R Las mujeres de entre 25 y 65 años (o de la edad que estipulen las normas nacionales) deberían someterse a una prueba de detección de anomalías incipientes. Las menores de 25 años casi nunca contraen cáncer cervicouterino y no necesitan cribado (pasar por la prueba de detección). Las mujeres que nunca han practicado el coito tampoco necesitan cribado.

P ¿Qué es lo que se hace exactamente durante el cribado?

R La prueba más frecuente de cribado es el frotis de Papanicolaou. El dispensador de atención sanitaria realizará una exploración ginecológica para visualizar el cuello uterino, recoger una muestra de células de allí y enviarla al laboratorio para su examen. A veces se utilizan otras pruebas para el cribado del cáncer cervicouterino tales como la visualización del cuello uterino después de aplicarle vinagre. El dispensador hablará con la persona acerca de la prueba que se utiliza en su zona.

P ¿Qué pasa si la prueba es negativa?

R Si la prueba de detección es negativa, quiere decir que la persona no presenta modificaciones que puedan convertirse en un cáncer cervicouterino. Es importante someterse a cribado a intervalos regulares (cada 3-5 años, dependiendo de las normas locales) para asegurarse de que tales modificaciones no evolucionarán.

P ¿Qué pasa si la prueba es positiva?

R En la mayoría de los casos una prueba positiva significa que la persona presenta un tumor premaligno (precáncer); dicha afección puede desaparecer de forma natural o tratarse fácilmente en un ambulatorio. Podría ser necesario que la persona se someta a otras pruebas para tener la seguridad de que se trata de un tumor premaligno y no de cáncer. A veces una prueba positiva significa que la persona tiene cáncer. En tal caso, la derivarán al hospital para que le administren un tratamiento.

HP 2

PRECÁNCER Y CÁNCER**P ¿Qué se entiende por precáncer?**

R El precáncer o tumor premaligno ocurre cuando el cuello uterino ha estado infectado por el VPH de alto riesgo durante algún tiempo. Se trata fácilmente. Casi todos los tumores premalignos desaparecen de forma natural, pero si persisten y no se tratan, pueden transformarse en cáncer.

P ¿Cuáles son los signos de cáncer cervicouterino?

R El cáncer cervicouterino precoz generalmente carece de signos, por eso es tan importante el cribado. Los signos del cáncer son: hemorragia genital mínima (oligometrorragia) o hemorragia después del coito, entre menstruaciones o después de la menopausia y una secreción fétida que no desaparece incluso con tratamiento. Si la mujer presenta cualquiera de estos signos debería acudir a un dispensador de atención sanitaria, porque cuanto antes se descubra el cáncer, mayores son sus posibilidades de curación.

P ¿Puede tratarse el cáncer cervicouterino?

R Por lo general, el cáncer cervicouterino se puede tratar con éxito si se descubre pronto. En las mujeres de edad madura a quienes nunca se practicó una prueba de detección, el cáncer puede descubrirse tarde, cuando ya se ha diseminado fuera del cuello uterino y es más difícil de tratar.

P ¿Puede curarse el cáncer cervicouterino?

R Sí, el cáncer cervicouterino se puede curar si se descubre antes de que se haya diseminado a gran distancia. Cuanto antes se descubre el cáncer, mayores posibilidades existen de curación.

P ¿Cómo se cura el cáncer cervicouterino?

R Hay dos maneras principales de tratar y curar el cáncer cervicouterino: mediante una operación que lo extirpe quirúrgicamente o mediante radioterapia que destruya las células cancerosas. A veces se utilizan ambos métodos.

HOJA PRÁCTICA 3: CÓMO IMPLICAR A LOS VARONES EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

HP3

El cáncer cervicouterino es exclusivamente una enfermedad de la mujer, pero los varones pueden desempeñar una función clave en su prevención y tratamiento. La infección por el VPH se transmite sexualmente y, por lo tanto, los varones pueden contribuir a prevenirla. Esta Hoja Práctica ofrece la información básica que los varones necesitan y sugiere maneras de que participen en el control del cáncer cervicouterino.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE EL CÁNCER CERVICOUTERINO PARA LOS VARONES

- Los mensajes generales sobre educación sanitaria se pueden consultar en la Hoja Práctica 1.
- El cáncer cervicouterino es frecuente y suele observarse en mujeres de más de 40 años de edad. El cáncer cervicouterino se desarrolla a partir de un tumor premaligno, que se puede detectar mediante cribado y tratar. Las mujeres de más de 25 años deben someterse a dicho cribado.
- Casi siempre el cáncer cervicouterino surge por una infección debida al virus del papiloma humano (VPH). Este virus se transmite fácilmente entre las personas que tienen contacto sexual. No provoca síntomas.
- El VPH puede también amenazar la salud de los varones; si persiste, puede aumentar el riesgo de cáncer del pene.
- La infección por el VPH se transmite sexualmente, pero la penetración no es esencial, ya que el virus puede vivir en la piel, fuera de la zona genital.
- El uso de preservativos no protege completamente, pero puede hacer que las infecciones desaparezcan más rápido y, por lo tanto, reviste importancia en la prevención del cáncer cervicouterino.
- El tabaquismo puede aumentar el riesgo de muchas clases de cáncer en los varones y las mujeres, incluido el cáncer cervicouterino en las mujeres infectadas por el VPH.
- Los varones pueden contribuir a prevenir el cáncer cervicouterino en las mujeres al:
 - reducir el número de parejas sexuales y usar preservativos si tienen más de una relación de pareja;
 - usar preservativos para prevenir las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA;
 - alentar a sus parejas a que se sometan a cribado si tienen más de 25 años de edad;



Educación sanitaria

HP 3

- colaborar con sus parejas para evitar embarazos no deseados y el embarazo a temprana edad;
- no fumar y ayudar a sus parejas a no hacerlo.
- Los varones a cuya compañera se le detecta precáncer o cáncer pueden apoyarla y ayudarla a obtener el tratamiento recomendado, acompañándola a las citas con el médico e informándose sobre el cáncer cervicouterino.
- Los varones deben cooperar con sus parejas cuando en el consultorio se les pida que se abstengan de practicar el coito, como puede suceder tras algunas pruebas y tratamientos.
- Los varones pueden aliviar la carga laboral de sus compañeras cuando éstas reciben tratamiento quirúrgico, quimioterapia o radioterapia por un cáncer cervicouterino. Tales tratamientos pueden ayudar a curar el cáncer, pero pueden hacer que la mujer se sienta cansada y débil, por lo que necesitará tiempo para descansar y recuperarse.
- Si una mujer tiene un cáncer cervicouterino muy avanzado, su pareja puede ayudarla ofreciéndole un máximo de comodidad.
- Los varones pueden asimismo contribuir a reducir las muertes por cáncer cervicouterino en su comunidad y país, preconizando los programas de salud para las mujeres.

A los varones:

Usted cumple un papel importante en la prevención y el tratamiento del cáncer cervicouterino.

Por favor, use preservativos consecuente y correctamente; esto mejorará la salud sexual y reproductiva de usted y su pareja.

HOJA PRÁCTICA 4: ORIENTACIÓN

HP 4

Hoja Práctica 4: Orientación

¿Qué se entiende por orientación?

La orientación es una comunicación directa («cara a cara»), personal y confidencial, destinada a ayudar a una persona (y a la familia de la misma) a tomar decisiones fundadas y luego a actuar en consecuencia. Se trata de un intercambio bidireccional de información pertinente y precisa. Para ser un guía o consejero eficaz, es necesario poseer la capacidad para escuchar, conocimientos actualizados y aptitudes para conversar.

¿Qué conocimientos básicos sobre el cáncer cervicouterino necesita tener la paciente?

El consejero debe asegurarse de que todas las mujeres, especialmente las destinatarias de los programas de lucha contra el cáncer cervicouterino, posean los siguientes conocimientos básicos:

- la anatomía básica del cuello uterino, su localización en la pelvis, los cambios que experimenta a diferentes edades y cómo se puede examinar;
- qué es el cáncer cervicouterino, qué lo causa y los factores de riesgo para que se desarrolle;
- cómo prevenir el cáncer cervicouterino, con hincapié en el cribado y el tratamiento de las lesiones precancerosas;
- qué prueba de detección y cuáles tratamientos para las anomalías detectadas en el cribado se utilizan localmente;
- las opciones disponibles para las mujeres a las que se les detecta un cáncer invasor mediante cribado y diagnóstico.



Educación sanitaria

Dibujos e ilustraciones, así como la información ofrecida en esta guía y en las hojas prácticas 1 y 2, son ayudas útiles para explicar lo anterior.



Preguntas frecuentes

¿Qué debe garantizar el consejero?

- Intimidad: nadie, a menos que lo permita específicamente la mujer, debe poder ver o escuchar nada de lo que suceda entre ésta y el consejero.
- Confidencialidad: nadie debe enterarse de lo visto, oído o realizado durante la orientación y la exploración, a menos que la mujer lo consienta específicamente.
- Confianza mutua entre el dispensador y la paciente.
- Sensibilidad a la hora de abordar y discutir asuntos personales, en particular los relacionados con la sexualidad y la conducta.

HP 4

Hoja Práctica 4: Orientación

Sugerencias para la orientación sobre el cáncer cervicouterino

1. Reciba cálidamente a la mujer llamándola por su nombre y preséntese.
2. Siéntese lo bastante cerca para poder hablar cómodamente y con intimidad.
3. Mírela a los ojos; mírela al hablar.
4. Asegúrele que no le comentará a nadie nada de lo que le diga.
5. Utilice un lenguaje que ella pueda entender y déle información pertinente.
6. Personalice la información que le ofrece y centre la conversación en las razones por las que ha venido.
7. Escuche atentamente y fíjese en su lenguaje corporal (postura, expresión facial, su mirada).
8. Trate de comprender sus sentimientos y su punto de vista.
9. Use preguntas abiertas que inviten a más de un «sí» o un «no» como respuesta.
10. Anímela. Asienta o diga: «cuénteme más sobre eso».
11. Trate de identificar sus auténticas preocupaciones.
12. Explique todas las opciones disponibles y respete su elección.
13. Verifique siempre que ella ha entendido lo dicho haciéndole repetir los mensajes o instrucciones más importantes.
14. Invítela a volver si lo desea y cuando lo desee.

Qué hacer durante la orientación

- Garantice la intimidad.
- Salude a la mujer por su nombre y preséntese.
- Mire a la mujer a la cara a menos que no sea culturalmente apropiado.
- Use maneras naturales y comprensibles.
- Sea comprensivo: póngase en el lugar de la mujer.
- Utilice un lenguaje corporal aprobador (asienta, sonríe, etc., según convenga).
- Utilice un lenguaje sencillo y palabras que la mujer entienda.
- Conteste con la verdad a sus preguntas.
- Conceda suficiente tiempo a la sesión.
- Si ve que tiene dudas, invítela a volver más tarde para que le diga lo que ella (o su familia) han decidido.

Qué evitar durante la orientación

- Parecer distraído (mirar el reloj, responder una llamada telefónica).
- Utilizar un tono de voz seco o actuar con impaciencia.
- Permitir interrupciones durante la visita.
- Interrumpir a la mujer.
- Ser crítico, sentencioso o grosero.
- Abrumar a la mujer con demasiados detalles o información que no viene al caso.
- Utilizar palabras propias del lenguaje médico que la mujer no entienda.
- Forzar una decisión; si ve que tiene dudas, invítela a volver más tarde para que le diga lo que ella (o su familia) han decidido.

PAUTAS DE ORIENTACIÓN CONVENCIONALES APLICABLES A CUALQUIER MUJER QUE SE SOMETA A UNA PRUEBA, PROCEDIMIENTO O TERAPIA

Antes del procedimiento



- Explique de nuevo por qué es importante que ella se someta al cribado o al procedimiento o al tratamiento recomendado.
- Explique lo que usted hará: cómo se hace, qué puede mostrar, la posible necesidad de pruebas o tratamientos futuros.



Durante el procedimiento



- Anime a que le hagan preguntas y respóndalas y obtenga el consentimiento informado, incluso su autorización para contactarla en casa o el trabajo si es necesario.
- Dígle a la mujer lo que usted vaya haciendo en cada paso. Si lo que va a hacer produce dolor, calambres u otras molestias, adviértaselo de antemano. Con ello la ayudará a sentirse más cómoda.

Después del procedimiento



- Explique lo que hizo.
- Describa cualquier anomalía notada o tranquilícela de que no observó nada anormal.
- Convenga una fecha para la próxima visita.
- Explíquele la importancia de que vuelva al establecimiento según lo convenido.

HP 4

Hoja Práctica 4: Orientación

Si notó algo que requiera la derivación de la mujer a un nivel asistencial superior para proceder a otros exámenes o pruebas:

- explíquele por qué, dónde y cuándo deberá ir y a quién deberá ver;
- haga hincapié en la importancia de no faltar a la cita;
- responda cualquier pregunta que ella le formule o, si no sabe qué responder, busque a alguien que lo haga;
- invítela a volver si tiene cualquier pregunta o duda sobre la cita y conteste o busque la respuesta de quien la sepa.

HOJA PRÁCTICA 5: CÓMO USAR LOS PRESERVATIVOS MASCULINOS Y FEMENINOS⁴

HP5

Mensajes sobre preservativos para transmitir a varones y mujeres

- Los preservativos son el método disponible más seguro para protegerse contra las infecciones de transmisión sexual.
- Utilizado correctamente, un preservativo forma una barrera que deja fuera incluso las bacterias y los virus más pequeños.
- Debido a que el VPH puede infectar tejidos fuera del área normalmente cubierta por un preservativo, éste no puede prevenir por completo la infección por el VPH.
- No obstante, está demostrado que el uso de preservativos:
 - acelera la eliminación del VPH;
 - reduce el riesgo de verrugas genitales;
 - reduce el riesgo de cáncer cervicouterino;
 - protege contra la infección por clamidias y el VHS (posibles cofactores del cáncer cervicouterino);
 - protege contra otras infecciones de transmisión sexual;
 - protege contra la infección por el VIH;
 - evita el embarazo.

¿Cuándo se debe recomendar a una mujer que use preservativos?

- Si se le ha diagnosticado una infección por el VPH o una lesión «de bajo grado» (LSIL) que está en observación.
- Cuando existe un riesgo de infección o de hemorragia y ella no puede seguir el consejo de abstenerse de practicar el coito. Tal es el caso después de algunos procedimientos, como la crioterapia (véase el Capítulo 5).
- Para la prevención simultánea de la mayoría de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, así como del embarazo (doble protección).
- Mientras está recibiendo tratamiento por cualquier infección de transmisión sexual.
- Cuando su pareja tiene síntomas o está recibiendo tratamiento por una infección de transmisión sexual.

**¡Los preservativos sólo protegen cuando se utilizan
consecuentemente y de forma correcta!**

⁴ Adaptado de: *Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo. Una guía para la práctica básica*. Ginebra, OMS, 2005.

HP 5

PRESERVATIVOS MASCULINOS

Los preservativos masculinos están hechos de látex; se consiguen fácilmente y son baratos, extremadamente eficaces para prevenir las infecciones de transmisión sexual y parcialmente eficaces contra la transmisión del VPH.

Instrucciones de uso

1. Retire el preservativo del envoltorio con cuidado, para evitar que se desgarre.



2. Extraiga el aire de la punta del preservativo.



3. Desenrolle el preservativo sobre el pene en erección.



4. Después de la eyaculación, retire el pene de la vagina cuando todavía esté erecto. Sujete el preservativo por el anillo mientras retira el pene para evitar que el semen se derrame en la vagina.



5. Saque el preservativo del pene y hágale un nudo para evitar pérdidas o fugas. Deseche el preservativo en un lugar seguro (donde no entrañe ningún riesgo).

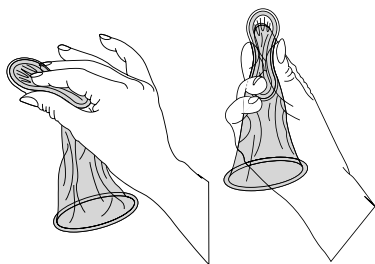
PRESERVATIVOS FEMENINOS

El preservativo femenino es una vaina blanda y floja, con un anillo flexible de poliuretano en cada extremo. El anillo del extremo cerrado (anillo interno) se inserta en la vagina. El anillo del extremo abierto (anillo externo) se queda fuera de la vagina durante el coito y cubre los genitales externos. Los preservativos femeninos están hechos de poliuretano y son de tamaño único. Probablemente proporcionan el mismo grado de protección que los masculinos, pero son bastante más caros. Una ventaja es que la mujer tiene un mayor control al usarlos que en el caso de los preservativos masculinos.

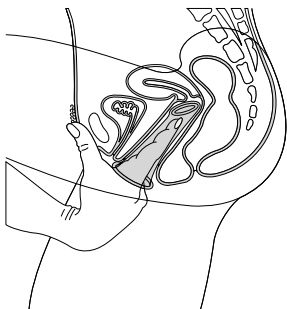
Instrucciones de uso



1. Retire el preservativo femenino del envase y frótelo entre dos dedos para asegurarse de que el lubricante se distribuye de manera uniforme dentro de la vaina. Si necesita usted más lubricación, añada en el interior de la vaina dos gotas del lubricante adicional incluido en el envase.

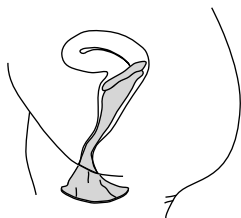


2. El extremo cerrado del preservativo femenino se inserta en la vagina. Frote el anillo interno (extremo cerrado) entre los dedos pulgar y medio. Inserte dicho anillo en la vagina.

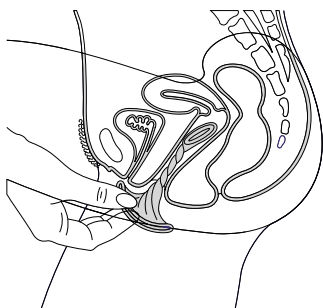


3. Con el dedo índice, empuje la vaina hasta el fondo de la vagina al máximo. Está bien colocado si no lo siente. No se preocupe, no puede desplazarse mucho.

HP 5



4. El anillo del extremo abierto del preservativo femenino debe estar fuera de la vagina y descansar sobre los labios mayores (el labio exterior de la vagina). Asegúrese de que el preservativo no esté retorcido. Una vez que inicie el coito, puede que deba guiar el pene hasta el interior del preservativo femenino. Si no lo hace, sepa que el pene podría introducirse en la vagina fuera de la vaina del preservativo. Si esto ocurre no estará protegida.



5. Después del coito puede retirar sin peligro el preservativo femenino en cualquier momento. Si está acostada, sáquelo antes de levantarse para impedir cualquier fuga.

Deseche el preservativo femenino en un lugar seguro (donde no entrañe ningún riesgo). No lo reutilice.

INSTRUCCIONES PARA LA ORIENTACIÓN SOBRE EL USO DEL PRESERVATIVO

- Los preservativos masculinos y femeninos sólo son eficaces si se usan correctamente cada vez que se realiza el coito.
- Los dispensadores tienen que vencer su propia reticencia a hablar de los preservativos y a manipularlos. Deben enseñar a las pacientes y sus parejas cómo se utiliza un preservativo.
- Cuando instruya y aconseje a los pacientes y sus parejas sobre cómo utilizar preservativos, utilice un modelo de pene o vagina. Se pueden comprar o bien fabricar con materiales disponibles localmente.
- Muestre cómo se abre el envase de preservativos, cómo se desenrolla el preservativo, cómo se coloca en el pene erecto (si se trata de un preservativo masculino) o en la vagina (si se trata de un preservativo femenino), cómo se retira el pene de la vagina cuando todavía está en erección, cómo se quita el preservativo y cómo desecharlo con toda seguridad.
- Durante la demostración, o después de ésta, pídale a la paciente y su pareja que repitan el procedimiento con un nuevo preservativo sobre el mismo u otro modelo. Corrijales con amabilidad cualquier error.
- Aconseje a las pacientes y sus parejas que sean particularmente cuidadosos sobre lo siguiente:
 - Al abrir el envase de un preservativo, que eviten rasgarlo y no utilicen los dientes ni uñas largas.
 - Que utilicen los preservativos sólo una vez.
 - Que tengan siempre reservas a mano.
- Proporcione preservativos suficientes a todas las pacientes, incluso a quienes se aconsejó la abstinencia de practicar el coito. Asegúrese de que las mujeres y los varones sepan cómo utilizarlos y dónde obtenerlos en la comunidad.

HP5

HP 5

Hoja Práctica 5: Cómo usar los preservativos masculinos y femeninos



CAPÍTULO 4:
CRIBADO DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

CAPÍTULO 4: CRIBADO DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

Puntos clave

- El cribado es el examen de todas las mujeres que corren riesgo de enfermar de cáncer cervicouterino, la mayoría de las cuales no presentarán síntomas.
- El cribado aspira a detectar alteraciones precancerosas que, de no recibir tratamiento, pueden progresar a cáncer.
- El cribado sólo resulta eficaz si existe un sistema adecuadamente organizado de seguimiento y tratamiento.
- Las mujeres con resultados anómalos en el cribado necesitan seguimiento, diagnóstico y posiblemente tratamiento, para evitar el desarrollo de cáncer o tratar el cáncer en un estadio incipiente.
- Se pueden utilizar diversas pruebas para detectar el cáncer cervicouterino. La única que ha sido utilizada en grandes poblaciones y que ha dado muestras de reducir la incidencia de cáncer cervicouterino y la mortalidad por dicha causa es la prueba de Papanicolaou (citología vaginal). Existen otros ensayos promisorios (IVA, IVL, VPH), pero aún no se dispone de datos científicos comparables acerca de su efectividad. Todavía se están llevando a cabo estudios extensos.
- Con independencia de la prueba utilizada, la clave de un programa eficaz es que la mayor proporción posible de mujeres en riesgo se beneficien con la detección y el tratamiento óptimos.
- Los programas de cribado sistemático, concebidos y administrados en el nivel central para beneficiar al mayor número posible de mujeres en riesgo, son preferibles al cribado circunstancial.

ACERCA DE ESTE CAPÍTULO

Este capítulo proporciona información pormenorizada sobre el cribado; en él se explican las razones de que el cribado sistemático sea superior al cribado circunstancial y se describen las pruebas de cribado disponibles, así como sus ventajas y desventajas relativas.

PAPEL DEL DISPENSADOR DE ATENCIÓN SANITARIA

El dispensador de atención sanitaria desempeña un papel central en cualquier esfuerzo concertado de salud pública que aspire a detectar el cáncer cervicouterino en la población femenina. Tal esfuerzo puede involucrar la participación del Ministerio de Sanidad, planificadores de programas, administradores, auxiliares de laboratorio, profesionales sanitarios y agentes de salud de la comunidad.

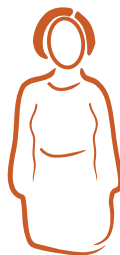
La función de los dispensadores de atención sanitaria es velar por que:

- las mujeres que acuden al cribado reciban la información y los consejos adecuados;
- se acaten las directrices nacionales sobre detección y tratamiento del cáncer cervicouterino;
- el cribado esté debidamente organizado y no se desperdicie ninguna oportunidad para someter a cribado a las mujeres indicadas que acuden a los servicios;
- cada mujer que acude al cribado sepa lo que está en juego y dé su consentimiento informado para proceder al cribado y el seguimiento;
- la prueba de detección, el tratamiento y la derivación se realicen de forma competente; se examine adecuadamente a la paciente y se cumplan estrictamente las medidas de control de infecciones;
- se comuniquen los resultados de una prueba a las mujeres que la han pasado, especialmente si éstos son insatisfactorios o positivos (anómalos);
- cualquier problema de salud sexual o reproductiva referido por la paciente o por el dispensador reciba el tratamiento adecuado;
- se conserven los documentos pertinentes y confidenciales en el establecimiento; los documentos pueden proporcionarse a la mujer concernida;
- las mujeres que necesiten repetir el cribado, pruebas adicionales, derivación o cuidados después de la terapia reciban el seguimiento adecuado;

En este capítulo se abordan en detalle las susodichas responsabilidades.

HISTORIA ⁵

Pratibha es una mujer de 37 años que vive en Maharashtra (India). Un día, cuando regresaba a casa de buscar agua, vio que dos agentes de salud femeninos conversaban con su marido. Los agentes le hicieron varias preguntas, que cuál era su edad, cuándo se había casado y cuántos hijos tenía. Le hablaron del cáncer cervicouterino y de la posibilidad de someterse a un cribado en el pueblo. Pratibha preguntó por qué la habían elegido para tal cosa y se tranquilizó cuando supo que todas las mujeres del pueblo mayores de 30 años estaban recibiendo visitas e invitaciones parecidas para acudir al consultorio con idéntico fin. Una de las ventajas de participar en el programa era que la prueba y el tratamiento (en caso necesario) resultaban gratuitos. Casi todas las mujeres invitadas acudieron al consultorio, igual que ella. Tal como le habían dicho, la prueba fue rápida e indolora. Tras el examen, el agente de salud insistió en que volviera a las dos semanas para enterarse de los resultados. Cuando regresó al consultorio le dijeron que los resultados eran normales y que debía repetir la prueba cada tres años.



⁵ Adaptado de: Alliance for Cervical Cancer Prevention. *Women's stories, women's lives: experiences with cervical cancer screening and treatment*. Seattle, WA, ACCP, 2004.

PROGRAMAS DE CRIBADO

¿Qué es el cribado?

El cribado es una intervención de salud pública que se efectúa en una población en riesgo o población destinataria. El cribado no se realiza para diagnosticar una enfermedad, sino para identificar a las personas con gran probabilidad de padecer o contraer una enfermedad. Las mujeres indicadas para el cribado del cáncer cervicouterino pueden sentirse en realidad perfectamente bien y tal vez no tengan motivos para acudir al establecimiento sanitario.

No todas las enfermedades admiten cribado. Cualquier enfermedad que sea objeto de un programa de cribado debe cumplir los siguientes requisitos:

- la enfermedad debe tener graves repercusiones en la salud pública;
- la enfermedad debe tener un estadio presintomático (sin síntomas) capaz de ser detectado;
- la prueba de detección debe ser sencilla, no lesiva, sensible, específica, barata y aceptable para la población destinataria;
- el tratamiento en el estadio presintomático debe influir favorablemente en el curso a largo plazo y el pronóstico de la enfermedad;
- cualquier prueba adicional y tratamiento que se necesiten deben estar disponibles y ser accesibles y económicos para las personas con resultados positivos en las pruebas de detección.

El cáncer cervicouterino reúne todas las condiciones que se acaban de mencionar.

Los programas de cribado solo tendrán éxito si existen los siguientes elementos:

- elevada cobertura ⁶ (80 %) de la población expuesta a la enfermedad;
- adecuado seguimiento y tratamiento de las personas con cribado positivo. Los esfuerzos por aumentar la cobertura serán en vano si estas personas no reciben el seguimiento necesario.
- vinculación eficaz entre los componentes de los programas (p. ej.: desde el cribado hasta el diagnóstico y el tratamiento);
- cobertura, pruebas de detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de calidad óptima;
- recursos adecuados.

El cribado del cáncer cervicouterino aspira a que la mayor proporción posible de mujeres en riesgo se sometan a una prueba de detección y a garantizar que quienes

⁶ “La «cobertura» es el porcentaje de mujeres de la edad propicia que se someten a pruebas de detección a intervalos especificados en un período determinado. El número de pruebas de detección realizadas no es la cobertura, dado que dicho número puede incluir mujeres de otras edades y mujeres que se someten al cribado con mayor frecuencia que la recomendada.

tengan un resultado analítico positivo o anómalo reciban el seguimiento adecuado. Dichas mujeres necesitarán una prueba diagnóstica, así como seguimiento o tratamiento. A menudo se utilizan la colposcopia y la biopsia para hacer un diagnóstico específico del alcance de la anomalía en las mujeres con cribado positivo (véase el Capítulo 5).

Cribado sistemático y circunstancial del cáncer cervicouterino

Cribado sistemático

El cribado sistemático –también conocido como «cribado organizado»– está concebido para beneficiar al mayor número posible de mujeres que presentan el mayor riesgo de contraer cáncer cervicouterino, valiéndose de los recursos existentes. Normalmente se planifica en el nivel nacional o regional. En el programa de cribado sistemático se ha de especificar:

- la población destinataria;
- los intervalos de cribado;
- las metas de cobertura;
- un mecanismo para invitar a las mujeres a acudir a los servicios de cribado;
- la o las pruebas de detección que se han de utilizar;
- los métodos para garantizar que todas las mujeres con cribado positivo sean informadas de los resultados;
- un mecanismo para derivar a las mujeres a efectos diagnósticos y terapéuticos;
- recomendaciones de tratamiento, e
- indicadores para vigilar y evaluar el programa de cribado.

Cribado circunstancial

El cribado circunstancial –también conocido como «cribado oportunista»– es el cribado que se realiza de forma independiente de un programa sistemático o poblacional en mujeres que acuden a los servicios de salud por otras causas. El cribado puede recomendarlo el dispensador durante la consulta o solicitarlo la mujer. El cribado circunstancial tiende a realizarse en mujeres jóvenes poco vulnerables, que acuden a servicios de asistencia prenatal, pediátricos y de planificación familiar.

Normalmente se considera que el cribado sistemático es más eficiente (o costoeficaz) que el circunstancial, pues hace un mejor uso de los recursos disponibles y asegura que se beneficie un mayor número de mujeres. No obstante, ambos cribados sistemático y circunstancial pueden verse malogrados debido al control deficiente de la calidad, la reducida cobertura de la población en riesgo, el cribado exagerado de poblaciones de bajo riesgo y la elevada indisponibilidad para el seguimiento.

Beneficios y riesgos del cribado

Se ha de conversar con las mujeres acerca de los beneficios y los riesgos del cribado como parte de la educación sanitaria en general y antes de obtener el consentimiento informado. Los beneficios del cribado se han descrito en capítulos precedentes. No obstante, al igual que todos los grandes esfuerzos dirigidos a poblaciones sanas, el cribado del cáncer cervicouterino entraña el potencial de producir resultados indeseados, como por ejemplo:

- consecuencias psicológicas: angustia y miedo de someterse a una prueba de detección del cáncer;
- la creencia equivocada de que un resultado positivo en una prueba es diagnóstico de cáncer;
- los resultados positivos falsos de una prueba (anormalidad notificada en mujeres cuyo cuello uterino es normal), que pueden redundar en intervenciones innecesarias y producir angustia;
- los resultados negativos falsos de una prueba (normalidad notificada en mujeres cuyo cuello uterino presenta anomalías);
- la identificación de otras enfermedades, que pueden no tener tratamiento.

La observancia de las recomendaciones de esta guía ayudarán, por lo general, a reducir al mínimo tales efectos indeseados.

Grupos indicados y frecuencia de cribado

Las decisiones acerca del grupo indicado de edades y la frecuencia de cribado se suelen tomar en el país, sobre la base de la prevalencia y la incidencia locales del cáncer cervicouterino, de factores relacionados, como la prevalencia del VIH, y de la disponibilidad de recursos e infraestructura.

Todos los datos disponibles sobre las edades y la frecuencia de cribado recomendadas provienen de la experiencia adquirida en programas de citología. Hasta la fecha, no existen datos comparables procedentes de programas que aplican métodos de detección visual o basados en el VPH.

A la hora de decidir el grupo indicado de edades y la frecuencia de cribado, los planificadores deben tener en cuenta lo siguiente:

- aunque la infección por el VPH es muy común en las mujeres jóvenes, la mayor parte de las infecciones son transitorias;
- solamente un porcentaje pequeño de infecciones por el VPH conducirán al desarrollo de un cáncer invasor;
- el cáncer cervicouterino evoluciona generalmente de forma lenta; pueden transcurrir entre 10 y 20 años entre un tumor premaligno incipiente y el cáncer invasor;

- el cáncer cervicouterino afecta rara vez a mujeres menores de 30 años de edad. El cribado de mujeres jóvenes detectará muchas lesiones que nunca progresarán a cáncer, redundará en un número considerable de tratamientos innecesarios y no es eficiente;
- el cribado cada tres años es casi tan eficaz como el cribado anual. Si los recursos son escasos, el cribado cada 5 a 10 años o incluso al menos una vez entre los 35 y los 45 años reducirá considerablemente el número de defunciones debidas al cáncer cervicouterino.

FRECUENCIA DE CRIBADO DEL CÁNCER CERVICOUTERINO Y EDADES INDICADAS RECOMENDADAS

- Los programas nuevos han de comenzar el cribado en las mujeres de 30 años en adelante; podrán realizar el cribado en mujeres más jóvenes solamente después de que el grupo más expuesto esté cubierto. Los programas sistemáticos existentes no deben incluir mujeres menores de 25 años entre las destinatarias.
- Si una mujer se puede someter a cribado solamente una vez en la vida, la edad óptima es entre los 35 y los 45 años.
- En las mujeres de más de 50 años, se puede proceder al cribado cada cinco años.
- En las mujeres de entre 25 y 49 años, si se dispone de recursos, el intervalo puede ser de tres años.
- No se recomienda el cribado anual a ninguna edad.
- No es necesario el cribado a partir de los 65 años si los dos últimos frotis han dado resultados negativos.

Consideraciones especiales

Antes de emprender un programa de cribado generalizado, los planificadores nacionales deben velar por disponer de los servicios necesarios para el tratamiento de los nuevos casos identificados de cáncer. Para que el tratamiento del cáncer invasor sea eficaz, se necesitan instalaciones especializadas; dichas instalaciones tienen que estar disponibles antes de llevar a efecto un programa de cribado (véase el Capítulo 6).

Si una población no ha sido objeto de cribado en el pasado, se detectarán muchos casos de cáncer preexistente en estadios diversos en un programa de cribado nuevo. Las mujeres cuya enfermedad esté muy avanzada o que no pueden recibir tratamiento por el motivo que sea, deben recibir cuidados paliativos (véase el Capítulo 7).

Cribado en los entornos con elevada prevalencia de VIH

El cribado del cáncer cervicouterino tiene particular importancia en los entornos con gran prevalencia de VIH. Las mujeres seropositivas presentan infecciones más persistentes por el VPH y una mayor incidencia de precáncer en el cuello uterino y, en algunos entornos, de cáncer cervicouterino invasor. Si el VIH es endémico, los resultados del cribado pueden ser positivos en el 15 % al 20 % de la población destinataria. El cribado citológico es igualmente eficaz en mujeres seropositivas y seronegativas. A pesar de que las mujeres con infección por el VIH corren un mayor riesgo de precáncer y cáncer, el cribado, el seguimiento y el tratamiento tal vez no sean una prioridad para ellas, que pueden tener otras necesidades sociales y sanitarias. Se debe animar a todas las mujeres, con independencia de su estado serológico, a someterse a pruebas de cribado del cáncer cervicouterino, siempre que tengan acceso a servicios asequibles. Se ha de tener cuidado de no vincular una prueba de detección positiva de cáncer cervicouterino con la detección del VIH. Sin embargo, puede resultar beneficioso que la mujer con precáncer conozca su estado serológico, especialmente si se dispone de tratamiento antirretrovírico. Los criterios para el cribado de las mujeres con infección comprobada por el VIH se deben formular en el país sin perder de vista estas cuestiones.

RECOMENDACIÓN

Se han de ofrecer a las mujeres las mismas opciones para el cribado del cáncer cervicouterino, con independencia de su estado serológico.

Cribado en las mujeres embarazadas

A veces se considera que se desperdicia la ocasión si no se practica el cribado del cáncer cervicouterino durante el embarazo. Las consultas al servicio de asistencia prenatal pueden ser una ocasión idónea para ello. No obstante, la inclusión del cribado en los servicios tradicionales de asistencia prenatal no es una opción óptima por los motivos siguientes:

- la mayoría de las embarazadas son más jóvenes que las mujeres del grupo indicado;
- en algunas culturas, las mujeres embarazadas pueden ser reacias a someterse a una exploración ginecológica;
- durante el embarazo, resulta más difícil interpretar los resultados de pruebas de detección, como las citológicas;

- si bien la regresión de la neoplasia intraepitelial cervicouterina es mínima durante el embarazo, se observa una tasa de regresión espontánea significativa en el puerperio;
- sólo si no se puede descartar la posibilidad de cáncer invasor debería tomarse una biopsia para el diagnóstico de la mujer embarazada;
- el tratamiento de una enfermedad preinvasora está contraindicado durante el embarazo.

Se debe aconsejar a las mujeres de las edades indicadas que acuden a los servicios de asistencia prenatal que regresen 12 semanas después de dar a luz para someterse al cribado. Sin embargo, si se percibe una anomalía en el cuello del útero en el examen con espéculo, o si el dispensador intuye que la mujer no regresará, hay que ofrecer a la mujer en cuestión la posibilidad de cribado durante la consulta. Además, el dispensador podría sugerirle que anime a otras mujeres del clan familiar a someterse al cribado, si tienen la edad indicada.

Cribado en las clientes del servicio de planificación familiar

El cribado circunstancial del cáncer cervicouterino forma parte a menudo de los servicios de planificación familiar. La orientación proporcionada en esos servicios constituye una buena ocasión para considerar los beneficios del cribado del cáncer cervicouterino; la exploración ginecológica suele aceptarse más fácilmente durante una consulta de salud reproductiva. Se debe fomentar y efectuar el cribado en las clientes de los servicios de planificación familiar que tengan la edad propicia. Las usuarias de anticonceptivos no necesitan un cribado más frecuente que otras mujeres, con independencia del método que utilicen.

Cribado en las mujeres con infecciones del aparato reproductor o de transmisión sexual

Se ha de examinar a las mujeres de las edades indicadas que acuden a los establecimientos sanitarios con síntomas indicativos de una infección del aparato reproductor o de transmisión sexual. Se les practicará una prueba de detección del cáncer cervicouterino únicamente en ausencia de una infección aguda evidente. Si el examen con espéculo revela signos de infección aguda, se proporcionará el tratamiento adecuado y se postergará el cribado del cáncer cervicouterino hasta que se haya resuelto la infección.

La educación sanitaria y la orientación sobre las infecciones del aparato reproductor o de transmisión sexual también deben incluir datos sobre la infección por el VPH, su relación con el cáncer cervicouterino y la protección que ofrecen las conductas sexuales más precavidas, incluido el uso de preservativos. Las parejas masculinas también deben recibir tratamiento y orientación sobre la prevención del cáncer cervicouterino. Los servicios de infecciones de transmisión sexual concebidos sobre todo para los varones deben ofrecer información sobre la prevención del cáncer cervicouterino y la infección por el VPH.

Otras oportunidades para el cribado del cáncer cervicouterino

Al final de la edad reproductiva las mujeres corren más riesgo que nunca de enfermar de cáncer cervicouterino, sobre todo si jamás se sometieron a un cribado. Tienden a consultar los servicios de salud reproductiva con menor frecuencia que las mujeres más jóvenes, pero tal vez consulten otros servicios, por ejemplo, para el tratamiento de la hipertensión, la insuficiencia cardíaca, la diabetes o de una enfermedad infecciosa. Además, las mujeres de las edades indicadas podrían acudir a un establecimiento sanitario con un niño o pariente que necesita algún servicio. Todas las mujeres de edades propicias que acudan a un establecimiento sanitario por un algún motivo deben recibir información y hay que animarlas a que acudan al cribado (véase también el Capítulo 3). Los servicios de medicina general en los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria pueden proporcionar cribado del cáncer cervicouterino a dichas mujeres, por intermedio de dispensadores formados en el lugar. Si ello no fuera posible, hay que proporcionar información sanitaria a las mujeres y remitirlas a un consultorio de cribado conveniente.

No se debe desperdiciar ninguna oportunidad

Los programas de cribado del cáncer cervicouterino también deben intentar llegar a todas las mujeres de las edades indicadas que contacten el sistema sanitario por algún motivo.

Elección de la prueba de detección que se ha de utilizar

Normalmente, la elección de la prueba o de las pruebas de detección que se han de utilizar se realiza en el país o región. No obstante, los dispensadores deben tener conocimientos básicos de todas las pruebas de detección disponibles.

La decisión de la prueba o de las pruebas de detección que se han de utilizar puede depender de:

- la organización del sistema sanitario;
- los fondos disponibles;
- el número de agentes de salud y el tipo de agente;
- la disponibilidad de servicios de laboratorio y de transporte;
- la disponibilidad y el costo de las diversas pruebas de detección.

La prueba que se utilice también puede depender de la proximidad física de los servicios para la mujer; por ejemplo, en las zonas urbanas quizás se opte por la prueba de Papanicolaou (que requiere que la mujer regrese por los resultados analíticos) y en las zonas rurales más aisladas del mismo país es posible que se prefiera la inspección visual con solución de ácido acético (IVA, cuyos resultados se conocen enseguida).

La experiencia mayor y de más larga data de detección del cáncer cervicouterino proviene de la citología, practicada en numerosos países desde finales de la década de 1950. Los programas de cribado y tratamiento basados en la citología han reducido la incidencia de cáncer cervicouterino y la mortalidad asociada hasta en un 80 % en el Canadá, los EE. UU. y algunos países nórdicos, y de un 50 % a un 60 % en otros países europeos.

No ha sido fácil reproducir dicho éxito en los entornos de pocos recursos debido a los requisitos inherentes de los programas basados en la citología, a saber, personal muy diestro, laboratorios adecuadamente equipados, transporte de muestras o piezas y un sistema eficaz de recogida de información y de seguimiento de las pacientes. Además, las exigencias de otras necesidades sanitarias concurrentes redunda con frecuencia en la falta de recursos o de voluntad política para dar prioridad al cribado del cáncer cervicouterino.

Problemas de aplicación del cribado citológico óptimo han llevado a concebir métodos alternativos, como la inspección visual. Si bien estos métodos han sido promisorios en condiciones experimentales controladas, su empleo todavía no está generalizado. No se sabrá si ejercen un efecto crucial en la incidencia del cáncer cervicouterino y la mortalidad asociada hasta que no finalicen los vastos estudios poblacionales en curso. Actualmente también se dispone de pruebas comerciales basadas en el VPH, pero tienen desventajas, por ejemplo, necesitan servicios de laboratorio complejos y extremadamente costosos.

Cuestiones éticas

la hora de tomar decisiones sobre la mejor manera de utilizar los recursos escasos se ha de sopesar el grado de invalidez y de mortalidad debido a enfermedades diversas frente a la eficacia, el costo y el impacto del diagnóstico y tratamiento de dichas enfermedades. Si bien las decisiones en materia de prioridades se toman normalmente en la nación, los dispensadores deben comprender la razón de tales decisiones, pues ello los motivará a ponerlas en práctica y les permitirá explicarlas a sus pacientes (véase el Capítulo 1). El cribado del cáncer cervicouterino, si está adecuadamente planificado e integrado en otras actividades de salud sexual y reproductiva, entraña la capacidad tanto de reforzar el sistema sanitario como de mejorar la salud de las mujeres, especialmente de las mujeres que han pasado la edad de procrear, cuya salud suele estar relativamente desatendida.

Antes de poner en marcha un programa de cribado se han de tener en cuenta los siguientes elementos para garantizar un enfoque ético y equitativo:

- el cribado debe estar al alcance de todas las mujeres del grupo destinatario, incluso de las mujeres más pobres, más vulnerables y más difíciles de contactar;

- las pacientes, los dispensadores y las comunidades deben recibir educación sanitaria a fin de garantizar la toma informada de decisiones sobre el cribado y el tratamiento;
- los sistemas de registro de pacientes deben garantizar la confidencialidad;
- se ha de disponer de pruebas diagnósticas, seguimiento y tratamiento y los mismos deben ser accesibles;
- los dispensadores deben disponer de directrices claras para el seguimiento y el tratamiento de las mujeres con resultados positivos tras el cribado;
- se ha de contar con un sistema de derivación para los problemas de salud que se descubran en el curso del cribado, por ejemplo, trastornos ginecológicos.

Decisión informada y consentimiento informado⁷

La decisión informada y el consentimiento informado se basan en los principios éticos de autonomía y respeto por el individuo. En muchos países, la noción de consentimiento puede ser un proceso colectivo de toma de decisiones en el que participan terceras personas, como la pareja, la familia o los dirigentes del pueblo. La información precisa proporcionada mediante educación y orientación sanitaria puede hacer que las mujeres y sus clanes familiares comprendan la realidad que rodea al cáncer cervicouterino, quiénes corren riesgo, cómo puede reducirlo el cribado y los perjuicios posibles en relación con el cribado. Antes de dar su consentimiento para proceder al cribado, las mujeres deben recibir información sobre la prueba específica que se ha de practicar, el significado y las consecuencias de un resultado positivo y la disponibilidad de tratamiento. Además, si los resultados no se obtienen de inmediato (a diferencia de lo que sucede con los métodos de cribado visuales), el consentimiento informado debe incluir el permiso explícito para contactar a la mujer en su domicilio o trabajo. El respeto por la autonomía exige que la decisión de someterse a la prueba de detección sea voluntaria y exenta de coacción.



Consentimiento informado

Evaluación de la cliente

Todas las clientes que acuden al cribado deben ser objeto de una evaluación básica antes de someterse a la prueba de detección. Dicha evaluación comprende distintos elementos, a saber, información y orientación, el consentimiento informado, los antecedentes sociales y clínicos, y una exploración física.



Orientación

⁷ Nota: «consentimiento informado» no es lo mismo que «decisión informada». El «consentimiento» es el permiso explícito que da una persona para efectuar un procedimiento o una prueba, una vez que ha recibido la información necesaria para tomar una decisión propia racional (informada).

Los antecedentes pueden proporcionar información útil para orientar las decisiones hacia el tratamiento o los análisis o pruebas adicionales que resulten beneficiosos para la paciente. Debido al estigma asociado a los trastornos de los órganos genitales, las mujeres suelen ser reacias a referir las inquietudes o los síntomas y signos que las afligen. Para trabar una relación de confianza y de respeto, se deben garantizar explícitamente la confidencialidad y la intimidad a cada mujer que acude al cribado antes de proceder a la anamnesis.

Los componentes esenciales de la exploración ginecológica para el cribado del cáncer cervicouterino son la inspección visual de los genitales externos y el examen con espéculo vaginal. Los dispensadores deben explicar a la paciente lo que sucede en cada etapa de la exploración; en caso de notar una anomalía, el dispensador debe hacérselo saber a la mujer sin alarmarla. De ser posible, conviene que un profesional femenino realice la exploración física, pues con ello se puede reducir en gran medida la renuencia de la mujer a que la examinen y puede constituir un factor determinante para la aceptación del cribado. Si el profesional es un varón, la mujer puede solicitar la presencia de una mujer acompañante o de una asistente clínica en la sala.



Exploración ginecológica

Problemas sexuales y de salud reproductiva detectados durante la anamnesis y la exploración

Un enfoque integrado del tratamiento de los problemas sexuales y de salud reproductiva durante el cribado puede contribuir a mejorar la salud de las mujeres, sobre todo de las de mayor edad. El dispensador debe prestar una atención especial a los signos y síntomas indicativos de cáncer, de infecciones de transmisión sexual y demás enfermedades que se detecten durante la anamnesis y la exploración ginecológica. Además, se debe ofrecer a las mujeres la oportunidad de plantear sus propias inquietudes en relación con cuestiones sexuales y de salud reproductiva. Si se descubren anomalías, se puede proporcionar tratamiento o derivar a la mujer para mayor investigación, si procede.

Prevención de la infección en el cribado del cáncer cervicouterino

Como en cualquier otra actividad clínica, en el cribado se debe prestar una atención escrupulosa a la prevención de la infección. De no observar las normas de lavado de manos, manipulación de instrumentos y eliminación de los materiales utilizados, incluidos los guantes, pueden transmitirse patógenos como el VIH. Se han de tomar precauciones universales (véase el Anexo 1) para evitar la propagación de infecciones en todas las pacientes, tanto si parecen sanas como enfermas y de si se conoce o no su estado serológico en relación con el VIH o con otra infección. De esta forma, los dispensadores



Prevención de la infección

no solamente protegen a sus pacientes, sino que también se protegen a sí mismos. Se ha de utilizar únicamente instrumental no contaminado y se deben proteger ambas manos con guantes de látex en el momento de efectuar las exploraciones bimanuales, el examen con espéculo o la toma de muestras, y asimismo cuando se practica un procedimiento, como la crioterapia.

PRUEBAS DE DETECCIÓN

Una buena prueba de detección es:

- exacta;
- reproducible;
- barata;
- de ejecución y seguimiento sencillo;
- aceptable, e
- inocua.

Las pruebas siguientes cumplen en mayor o menor grado los criterios anteriores:

- citología: convencional (prueba de Papanicolaou) y en medio líquido;
- prueba de ADN del VPH;
- inspección visual: con ácido acético (IVA) o yodo de Lugol (IVL).

A continuación se describe el desarrollo de cada prueba. En la Tabla 4.1 se resumen las ventajas y las limitaciones de las diferentes pruebas y en el Anexo 3 se trazan a grandes rasgos la valoración y la interpretación de las magnitudes de eficacia.

Citología

Prueba de Papanicolaou convencional

En la prueba de Papanicolaou, se toma una muestra de células de la zona de transformación del cuello del útero por medio de un cepillo o de una espátula de madera de punta extendida; ya no se recomienda la utilización de un hisopo de algodón. Se deben tomar muestras de toda la zona de transformación, dado que allí es donde se desarrollan prácticamente todas las lesiones de alto grado. La muestra se esparce sobre el portaobjetos y se fija inmediatamente con una solución para preservar las células. El portaobjetos se envía al laboratorio de citología donde se tiñe y examina al microscopio para determinar si las células son normales (Figura 4.1) y clasificarlas apropiadamente, según la clasificación de Bethesda (véase el Anexo 2). Los resultados de la prueba de Papanicolaou se envían luego al establecimiento sanitario donde



Eficacia de una prueba



Prueba de Papanicolaou



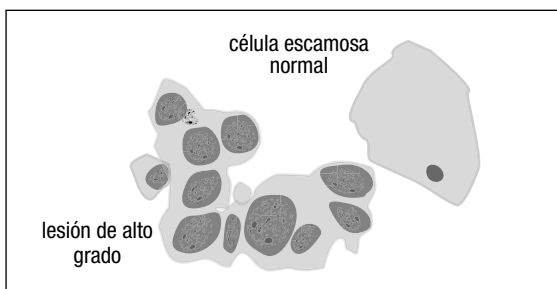
Clasificación de Bethesda

se tomó la muestra. Los agentes de salud son responsables de que se transmitan los resultados a la mujer y de que ésta reciba el seguimiento apropiado, como se indica esquemáticamente en el Anexo 4a. La prueba de Papanicolaou se realiza en menos de 5 minutos, no es dolorosa y se puede efectuar en una sala de reconocimiento ambulatorio. Se aconseja postergar la prueba de Papanicolaou si la mujer está menstruando abundantemente, presenta signos clínicos evidentes de inflamación o está embarazada. Un frotis satisfactorio contiene un número apropiado de células del epitelio escamoso debidamente preservadas y un adecuado componente endocervical o de la zona de transformación. Cada frotis se debe rotular de forma legible.



Anexo 4a

Figura 4.1 Representación gráfica de células epiteliales normales y anormales



La exactitud de la prueba citológica depende de la calidad de los servicios, incluidas las prácticas de recogida de muestras (la toma y la fijación de los frotis) y la preparación e interpretación de los frotis en el laboratorio. En las condiciones óptimas de los países desarrollados o de los centros de investigación, la citología convencional permite detectar hasta el 84 % de los casos de precáncer y cáncer. No obstante, en peores condiciones su sensibilidad se reduce al 38 %. La especificidad de la prueba suele ser del 90 %.

Citología en medio líquido (CML):

Este perfeccionamiento de la citología convencional se introdujo a mediados de la década de 1990 y es cada vez más utilizado en entornos de elevados recursos. En vez de esparcir las células del cuello uterino sobre el portaobjetos, el dispensador transfiere la muestra del cepillo a una solución de conservante. La muestra se envía a un laboratorio donde se prepara el portaobjetos. La CML es más costosa que la citología convencional y el personal de laboratorio necesita una formación especial. No obstante, parece tener varias ventajas con respecto a los métodos convencionales.

- Las muestras obtenidas son más representativas de sus zonas de origen y arrojan menos resultados negativos falsos.
- El número de muestras no satisfactorias es menor.
- La interpretación de cada muestra es mucho más rápida, lo cual aumenta la eficiencia y la rentabilidad.
- El material recogido también puede someterse a la prueba de ADN del VPH.

A pesar de que, hasta ahora, no se ha publicado ningún ensayo controlado ni aleatorizado para comparar la CML con la prueba de Papanicolaou, diversos estudios han demostrado que la primera es más sensible y presenta casi la misma especificidad que la segunda.

Dispensadores

Tras un breve curso de formación, cualquier dispensador que sepa efectuar un examen con espéculo (enfermera, enfermera ayudante o auxiliar, partera, técnico clínico, licenciado en medicina) puede llevar a cabo la prueba de Papanicolaou.

Indicaciones

Se ha de ofrecer la posibilidad de cribado a los siguientes grupos de mujeres:

- cualquier mujer entre los 25 y 65 años de edad a la que nunca se hizo la prueba de Papanicolaou o se le hizo 3 años antes o más (o según las directrices nacionales);
- las mujeres en quienes el frotis de Papanicolaou previo resultó inadecuado o puso en evidencia una anomalía leve;
- las mujeres que padecen una hemorragia anómala, una hemorragia tras el coito o tras la menopausia u otros síntomas anormales;
- las mujeres en quienes se hallaron anomalías cervicouterinas.

Interpretación de los frotis

Los frotis son interpretados en un laboratorio por auxiliares de citología competentes, bajo la supervisión del anatomopatólogo, que es el responsable máximo de los resultados notificados. La interpretación correcta de los portaobjetos es crucial para el éxito del programa. A fin de mantener la habilidad y evitar la fatiga, los auxiliares de citología deben pasar un máximo de 5 horas diarias al microscopio y deben examinar 3000 portaobjetos al año como mínimo. La garantía de la calidad resulta fundamental y debe instaurarse en todos los laboratorios de citología. Los dos métodos más utilizados son la revisión rápida de la totalidad de portaobjetos negativos y el recribado completo de un 10 % de portaobjetos elegidos al azar que dieron primeramente resultados

negativos. En ambos métodos, la revisión la realiza otro auxiliar de citología, y la confirmación de los frotis anómalos corre por cuenta del anatomopatólogo supervisor. Los datos actuales indican que, de ambos métodos, el más eficaz y eficiente es el examen rápido de la totalidad de los frotis negativos. Los laboratorios deben disponer del equipo necesario para interpretar al menos 15 000 frotis al año⁸. Por lo tanto, los servicios de citología no deben descentralizarse en pequeños laboratorios o consultorios de atención primaria de salud. Es fundamental contar con un transporte fiable de portaobjetos y de los resultados analíticos hacia y desde el laboratorio.

La celeridad con que se envían los resultados al establecimiento sanitario es un elemento importante, tanto de la calidad del servicio analítico como de la calidad de la asistencia, y afecta considerablemente el grado de satisfacción de la mujer con respecto al servicio.

RECOMENDACIÓN

Se recomienda la citología en los programas de cribado del cáncer cervicouterino a gran escala, siempre que se disponga de suficientes recursos.

Métodos de cribado basado en el ADN del VPH

Los nuevos programas de cribado se basan en la detección del ADN de VPH oncógenos en los frotis vaginales o cervicouterinos. Se toma una muestra de células del cuello del útero o de la vagina con un hisopo o cepillo diminuto, que luego se coloca en una solución con conservante dentro de un envase pequeño. La muestra puede obtenerla un dispensador de atención sanitaria o la propia mujer, insertando el hisopo profundamente en la vagina. Los estudios de comparación de ambos métodos de toma de muestras revelaron que la autorrecolección es menos sensible que la recolección realizada por el dispensador. En cualquier caso, los envases con las muestras se transportan hacia un laboratorio donde son procesadas. Para efectuar estas pruebas, actualmente es necesario disponer de un equipo analítico complejo y costoso, aunque se está estudiando la posibilidad de concebir un ensayo más asequible y menos complicado para los entornos de escasos recursos. La presencia de VPH oncógenos no se asocia necesariamente con la presencia de precáncer o cáncer; solamente indica que existe una infección por el



Prueba del VPH

⁸ Está fuera del alcance de esta guía brindar información detallada sobre laboratorios de citología. En las referencias citadas bajo el apartado «Recursos adicionales» al final de este Capítulo se proporciona más información al respecto.

VPH. Como se dijo antes, las infecciones por el VPH son extremadamente frecuentes en las mujeres menores de 35 años, y la mayoría se resuelven de forma espontánea. Cuando la prueba del VPH se utiliza como método primario de detección, la sensibilidad de detección de precáncer y cáncer varía entre un 50 % y un 95 %; la mayoría de los estudios notifican una sensibilidad elevada de hasta el 85 % o mayor. La especificidad oscila entre el 50 % y el 95 %, con un promedio del 84 %. Las pruebas del ADN del VPH dan mejores resultados en las mujeres de 35 años de edad en adelante, pues en dichas mujeres es más probable que un resultado positivo se deba a una infección persistente que en las mujeres más jóvenes. El promedio de sensibilidad y especificidad en este grupo es del 89 % y el 90 %, respectivamente. La combinación de la citología con la prueba del VPH tiene una extraordinaria sensibilidad y un valor diagnóstico de un resultado negativo de cerca del 100 % (véase el Anexo 3). Por consiguiente, en las mujeres cuyos resultados den negativos en ambas pruebas cabe la posibilidad de prolongar el intervalo entre cribados. El problema es el coste elevado de la realización de ambos ensayos al mismo tiempo. El coste elevado, unido a la necesidad de disponer en ambos casos tanto de un laboratorio de biología molecular como de métodos de transporte fiables, constituyen los principales inconvenientes; además, no está probado que el ensayo del VPH pueda utilizarse en entornos de escasos recursos. Actualmente se está poniendo a punto una nueva prueba de detección de VPH, más rápida, más sensible y menos costosa, pero todavía no se dispone de ella.



Anexo 3

Dispensadores

La prueba de ADN del VPH pueden llevarla a cabo dispensadores capacitados de cualquier nivel del sistema sanitario, a condición de disponer de un laboratorio apropiado a razonable distancia y de un medio de transporte fiable para las muestras. Las necesidades clínicas para realizar la prueba del VPH son idénticas a las de la prueba de Papanicolaou y los métodos visuales.

Indicaciones

Por lo general, la prueba del VPH no se utiliza sola como método primario de cribado, sino sobre todo combinada con la citología para mejorar la sensibilidad del cribado o como instrumento de tría para evaluar cuáles mujeres con resultados dudosos en la prueba de Papanicolaou deben ser derivadas para colposcopia. La principal indicación es un resultado de «células atípicas de significado indeterminado» (ASC-US) en la prueba de Papanicolaou. De todas las mujeres que presentan dicha lesión, solamente aquellas cuyo cribado sea positivo con respecto a los tipos oncógenos del VPH necesitarán derivación a efectos de la colposcopia y la biopsia, lo cual reduce considerablemente el número de colposcopias.

Instalaciones de laboratorio

Un laboratorio de detección de papilomavirus humanos requiere una sala limpia especial para evitar la contaminación, así como técnicos muy competentes. También necesita material y reactivos, según lo especificado por el fabricante de la prueba.

RECOMENDACIÓN

Por el momento, las pruebas de ADN del VPH como métodos primarios de cribado solamente se recomiendan en ensayos piloto u otros contextos estrechamente vigilados. Pueden utilizarse simultáneamente con métodos citológicos u otros métodos de cribado, si hay recursos suficientes. El cribado basado en el ADN del VPH no debe comenzar antes de los 30 años de edad.

Métodos visuales

Se dispone de dos métodos visuales:

- la inspección visual con solución de ácido acético (IVA); y
- la inspección visual con solución yodada de Lugol (IVL).



IVA e IVL

Una vez aplicada la solución de ácido acético diluido (vinagre), en el caso de la IVA, o la solución yodada de Lugol, en el caso de la IVL, las anomalías se identifican mediante la inspección del cuello uterino sin necesidad de aumento. El tejido cervicouterino anómalo que entra en contacto con la solución diluida de ácido acético cobra provisionalmente un color blanquecino («acetoblanco») y ello le permite al dispensador saber de inmediato si el resultado es positivo (anormalidad) o negativo (normalidad). Cuando se aplica la solución yodada al cuello uterino, las lesiones precancerosas y cancerosas aparecen bien definidas, gruesas y de un color amarillo azafranado o mostaza; en cambio, el epitelio escamoso se tiñe de un color marrón o negro y el epitelio cilíndrico conserva su color rosado habitual.

Al no depender de servicios de laboratorio, ambos métodos de inspección visual constituyen alternativas promisorias a la citología en los lugares de escasos recursos. Actualmente se están probando en vastos ensayos controlados de diseño aleatorizado y transversal en países en desarrollo. Hasta no disponer de los resultados de dichos estudios, la OMS recomienda que tanto la IVA como la IVL se utilicen solamente en ensayos piloto, pues todavía no se ha comprobado su impacto en la incidencia y la mortalidad del cáncer cervicouterino. En circunstancias experimentales, la IVA presenta una sensibilidad de detección de lesiones precancerosas y cancerosas de casi el 77 %, en promedio, con cifras que van del 56 % al 94 %. La especificidad varía entre el 74 %

y el 94 %, con un promedio de valores del 86 %. La utilización de un objetivo de poco aumento en la IVA no arroja mejores resultados que el ojo desnudo. Un estudio reveló que la IVL puede detectar el 92 % de los casos de precáncer o cáncer, que es una sensibilidad considerablemente mayor que la que proporcionan la IVA o la citología. Su capacidad para identificar mujeres exentas de enfermedad es semejante a la de la IVA (85 %) e inferior a la de la prueba de Papanicolaou. Un estudio indicó que la IVL es más reproducible que la IVA. La IVA y la IVL pueden realizarse en consultorios u otras instalaciones ambulatorias. Se trata en ambos casos de procedimientos breves e indolores. La evaluación es inmediata y no se necesitan muestras de ningún tipo.

Ventajas

- La IVA y la IVL son relativamente sencillas y pueden enseñarse a enfermeras, enfermeras obstétricas y otros profesionales sanitarios.
- La evaluación es inmediata y no se necesitan medios de transporte, ni así tampoco material ni personal de laboratorio.
- Las pruebas serán probablemente menos costosas que otros métodos de uso habitual.
- Los resultados se obtienen de inmediato, lo cual elimina la necesidad de consultas múltiples en la mayoría de los casos y disminuye la indisponibilidad de la paciente para el seguimiento.
- Se pueden aplicar teóricamente en una estrategia de cribado y tratamiento de la mujer en una única consulta (véase el Capítulo 5).

Desventajas

- Debido al reducido valor diagnóstico del resultado positivo de la prueba (véase el Anexo 3), se atribuyen resultados positivos falsos a un número considerable de mujeres sanas y ello redundará en diagnósticos exagerados y tratamientos innecesarios y en la angustia injustificada de la mujer.
- Los métodos visuales no son fiables en las mujeres posmenopáusicas, pues la zona de transformación en dichas mujeres se encuentra a menudo dentro del conducto endocervical.
- No se tiene un testimonio permanente de la prueba que pueda examinarse luego.
- La IVA se evaluó principalmente como método de cribado de una sola aplicación en la vida; no se ha determinado su eficacia en el cribado periódico.



Dispensadores

Cualquier enfermera, enfermera obstétrica, auxiliar de enfermería, médico y otros profesionales sanitarios pueden efectuar la IVA con un adecuado y continuo apoyo y supervisión. La formación puede llevar entre 5 y 10 días si se aplica un enfoque basado en la aptitud. Para mantener la calidad de los servicios, es imprescindible que un profesional con experiencia realice evaluaciones periódicas. Los estudios indican que los profesionales obtienen un mayor número de resultados positivos falsos inmediatamente después de la formación. Dichos resultados disminuyen en pocos meses conforme se va adquiriendo experiencia.

Indicaciones

Si un programa las adopta como método de cribado, la IVA y la IVL están indicadas en todas las mujeres del grupo propicio de edades especificado en las directrices nacionales, siempre que:

- dichas mujeres sean premenopáusicas. No se recomienda la aplicación de estos métodos a mujeres posmenopáusicas, debido a que la zona de transición en dichas mujeres se localiza normalmente en el interior del conducto cervical y no es visible en el examen con espéculo;
- ambas uniones escamoso-cilíndricas (es decir, la zona de transformación entera) sean visibles.

Si la paciente no cumple las indicaciones anteriores y no se dispone de ningún otro método de cribado alternativo en el entorno clínico específico, hay que derivarla para el Papanicolaou.

RECOMENDACIÓN

Por el momento, se recomienda la aplicación de los métodos de cribado visuales (IVA y IVL) solamente en ensayos piloto u otros contextos estrechamente vigilados. No se recomienda la aplicación de estos métodos en las mujeres posmenopáusicas.

Tabla 4.1 Resumen de las características de los métodos de cribado del cáncer cervicouterino

Prueba	Procedimiento	Ventajas	Desventajas	Situación
Citología convencional (prueba de Papanicolaou)	El dispensador toma una muestra de células cervicouterinas y ésta se envía al laboratorio para que la examinen auxiliares de citología idóneos	• Uso de larga data • Ampliamente aceptada • Se tiene un testimonio permanente de la prueba • Se dispone de formación y se han establecido mecanismos para el control de la calidad • Se pueden mejorar los servicios por medio de inversiones moderadas en los programas existentes • Elevada especificidad	• No se dispone inmediatamente de los resultados • Se requieren sistemas que garanticen la comunicación oportuna de los resultados analíticos y el seguimiento de las mujeres • Necesidad de transporte de la muestra al laboratorio y de los resultados al consultorio • Exige un sistema de garantía de la calidad analítica • Moderada sensibilidad	• Disponible en muchos países desde la década de 1950 • Los programas basados en la citología han reducido la mortalidad debida a cáncer en países desarrollados
Citología en medio líquido (CML)	Se obtiene una muestra de células cervicouterinas con un cepillo diminuto; la muestra se sumerge en una solución especial y se envía al laboratorio para procesamiento y cribado	• Menor número de muestras inadecuadas o insatisfactorias que exigirían volver a llamar a la paciente y repetir el cribado • Una vez que los auxiliares de citología adquieren la pericia necesaria, lleva menos tiempo examinar las muestras de citología en medio líquido • Se pueden hacer análisis moleculares en las muestras (como la del VPH)	• No se dispone inmediatamente de los resultados • Los materiales y las instalaciones de laboratorio son más costosos que en la citología convencional -Hasta la fecha, no se han llevado a cabo estudios controlados para comparar la sensibilidad y la especificidad de esta técnica con las de la citología convencional	Se ha elegido como método de cribado en algunos países desarrollados (como el Reino Unido)

Tabla 4.1 Resumen de las características de los métodos de cribado del cáncer cervicouterino

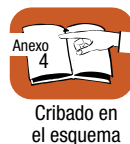
Prueba	Procedimiento	Ventajas	Desventajas	Situación
Prueba de ADN del VPH	El dispensador o la mujer concernida toma la muestra (el frotis) y ésta se envía al laboratorio para el análisis molecular del VPH	• Obtención sencilla de la muestra • Procesamiento automático • Se puede combinar con la prueba de Papanicolaou para incrementar la sensibilidad, pero ello aumenta asimismo el costo • Un resultado negativo significa la ausencia del VPH y de la morbilidad asociada • El resultado del ensayo constituye un testimonio permanente • Especificidad elevada en las mujeres mayores de 35 años	• No se dispone inmediatamente de los resultados • Costo unitario elevado • Requisitos analíticos complejos y necesidad de transporte de muestras • Especificidad reducida en las mujeres jóvenes lo cual redundará en la administración de tratamientos innecesarios • La conservación de los reactivos plantea problemas	• Existe una prueba comercial y se utiliza en algunos países desarrollados como complemento de la citología • Se están desarrollando pruebas de costo menor
Métodos visuales (IVA y IVL)	Un profesional idóneo examina el cuello del útero tras la tinción con ácido acético diluido (en la IVA) o con la solución yodada de Lugol (en la IVL)	• Relativamente sencillos y baratos • Se dispone inmediatamente de los resultados • Pueden efectuarse con una amplia gama de profesionales tras una breve capacitación • Se necesita poca infraestructura • Se puede combinar con una oferta de tratamiento inmediato en una sola consulta	• Gran variedad de dispensadores • Especificidad reducida, lo cual redundará en un elevado porcentaje de derivación y en la administración de tratamientos innecesarios • No se tiene un testimonio permanente de la prueba • No son adecuados para las mujeres posmenopáusicas • Falta de normalización • Necesidad de repetir la formación periódicamente	• Se dispone de escasas pruebas científicas • En la actualidad solo se recomienda su uso en ensayos de demostración • Se están efectuando vastos ensayos controlados y aleatorizados para determinar su efecto en la incidencia del cáncer y la mortalidad asociada

SEGUIMIENTO

Seguimiento y tratamiento de las mujeres con resultados analíticos anómalos (positivos)

El cribado por sí solo no prevendrá ni un solo caso de cáncer cervicouterino. Para que un programa de prevención de cáncer cervicouterino tenga éxito probablemente lo más importante sea disponer de un sistema eficaz de seguimiento y tratamiento de las mujeres con cribado positivo.

Lo ideal es que todas las mujeres reciban los resultados de sus pruebas, sean éstos negativos o positivos. En la práctica, los recursos serán a veces demasiados escasos para permitirlo. Cuando menos se han de comunicar los resultados y la clase de seguimiento necesario a las mujeres cuyos resultados analíticos son positivos o anómalos. El seguimiento debe hacerse con arreglo a los protocolos nacionales o debe basarse en las recomendaciones del Anexo 4.



El seguimiento resulta fundamental para el bienestar de la mujer y el éxito del programa y se deben extremar los esfuerzos para establecer contacto con las mujeres cuyos resultados analíticos sean positivos.

Las siguientes medidas permitirán ubicar a las mujeres con resultados anómalos en las pruebas de detección a efectos del seguimiento:

- el día del cribado, se debe anotar la dirección de la mujer y cualquier otra información que permita localizarla (con su consentimiento);
- durante la orientación y después del cribado, los dispensadores deben recalcar la importancia de regresar por los resultados y el seguimiento;
- cada consultorio debe disponer de un listado de todas las mujeres cuyos resultados analíticos sean anómalos, con una indicación de si la mujer recibió sus resultados, así como el seguimiento terapéutico. Los consultorios deben designar una persona encargada de velar por que se realice el seguimiento.

Si una mujer no regresa espontáneamente como se aconsejó, los dispensadores pueden:

- enviarle una carta por correo;
- llamarla por teléfono, al domicilio o al trabajo;
- solicitar a los agentes de salud de la comunidad que se pongan en contacto con ella directamente en su domicilio.

Los administradores y los dispensadores de atención sanitaria pueden concebir otros métodos localmente adecuados para localizar a las mujeres con pruebas de detección anómalas.

Los establecimientos sanitarios deben extremar los esfuerzos para ubicar a las mujeres con resultados anómalos si éstas no acuden a las citas previstas.

Archivado de la documentación

A efectos de poder comparar la totalidad de datos recabados por el programa de lucha contra el cáncer cervicouterino, la documentación debe ser compatible en todo el país. El sistema de información debe incluir la historia clínica, las citas concertadas y las citas cumplidas y no cumplidas de cada mujer; puede ser un sencillo documento en papel o bien un archivo electrónico. Se puede usar un cuaderno para llevar el registro de las mujeres que han pasado una prueba de cribado y anotar los resultados de la prueba. Si las mujeres deben regresar posteriormente por los resultados, se debe instaurar un sistema que permita notificar a las mujeres con resultados anómalos y ubicar a las mujeres que son difíciles de localizar. En el Anexo 7 se proporcionan unos ejemplos de formularios para el seguimiento.



Ejemplos de documentos

ACTIVIDADES DE CRIBADO EN LOS DISTINTOS NIVELES DEL SISTEMA SANITARIO

En la comunidad



- Educar e informar a la comunidad, fomentar el programa de cribado y animar a las mujeres a que participen.
- Derivar a las mujeres indicadas a efectos del cribado.
- Ayudar a las mujeres a acudir a los consultorios de cribado.
- Contribuir al seguimiento de las mujeres con cribado positivo cuidando de que regresen al consultorio para recibir tratamiento.

En el centro sanitario



- Efectuar el cribado, aplicando los métodos especificados en las directrices nacionales e integrando el cribado en otros servicios.
- Formar, asistir y supervisar a los agentes de salud de la comunidad.
- Trabajar con los agentes de salud de la comunidad para educar a las mujeres y persuadirlas del cribado.
- Participar en campañas para que las mujeres con riesgo elevado se sometan al cribado.
- Proporcionar orientación y educación sanitaria en el establecimiento y en la comunidad.
- Informar y aconsejar a las mujeres con resultados positivos tras la prueba de cribado y orientarlas con respecto a la necesidad de seguimiento, diagnóstico o tratamiento.
- Establecer un sistema preciso de información sobre las pacientes, para poder ubicar como corresponde y proporcionar seguimiento a las mujeres tras el tratamiento.

En el hospital comarcal



- Llevar a cabo actividades de cribado según el programa nacional.
- Informar y aconsejar a las mujeres con resultados positivos tras la prueba de cribado y orientarlas con respecto a la necesidad de seguimiento, diagnóstico o tratamiento.
- Formar, asistir y supervisar a los dispensadores sanitarios del centro sanitario.
- Gestionar sistemas de derivación con la participación de los niveles inferiores y superiores del sistema sanitario.

En el hospital central



- Efectuar el cribado en los consultorios externos a los que acuden mujeres.
- En la medida de lo posible, mantener laboratorios centrales de citología, anatomía patológica y biología molecular.
- Interpretar los resultados del cribado y del examen histopatológico y procurar que los resultados lleguen al sitio de cribado.
- Formar al personal médico y apoyar y supervisar a los dispensadores de los establecimientos sanitarios de los niveles inferiores.
- Gestionar la derivación y los vínculos con los niveles inferiores del sistema sanitario.

Mensajes de orientación

A las mujeres que les acaban de practicar una prueba de detección, hay que comunicarles:

- si se ha notado algo anormal;
- cuándo estarán disponibles los resultados;
- la fecha de la próxima cita.

A las mujeres que regresan por los resultados analíticos, hay que informarles:

- el resultado de la prueba y su significado;
- si el resultado es normal, la fecha en que deben volver para repetir el cribado;
- si el resultado es insatisfactorio o anómalo, la clase de seguimiento que necesitan;
- dónde y cuándo deben presentarse a efectos del seguimiento.

RECURSOS ADICIONALES

- ACCP. *Planning and implementing cervical cancer prevention programs: a manual for managers*. Seattle WA, Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino, 2004.
- Arbyn M. *A technical guideline: collection of adequate Pap smears of the uterine cervix*. Brussels, Scientific Institute of Public Health, 2001.
- *Cervical cancer prevention: guidelines for low-resource settings*. Baltimore, MD, JHPIEGO Corporation, 2001.
- CHIP. *Implementing cervical screening in South Africa. Volume I. A guide for programme managers*. New York, Cervical Health Implementation Project, South Africa, University of Cape Town, University of the Witwatersrand, EngenderHealth, 2004.
- IARC. *A practical manual on visual screening for cervical neoplasia*. Lyon, IARC Press, 2003.
- IARC. *Cervix cancer screening*. Lyon, IARC Press, 2005 (IARC Handbooks of Cancer Prevention, Volume 10).
- *Infection prevention: a reference booklet for health care professionals*. New York, EngenderHealth, 2001.
- *Infection prevention curriculum: a training course for health care providers and other staff at hospitals and clinics*. New York, EngenderHealth, 1999.
- Miller AB. *Programas de detección del cáncer cervicouterino: directrices de gestión*. Ginebra, OMS, 1992.
- PATH. *Planning appropriate cervical cancer prevention programs*. Seattle, WA, Program for Appropriate Technology in Health, 2000.
- PATH VIA/VILI curriculum. Course in visual methods for cervical cancer screening. En: Tsu V et al., *Western Kenya Cervical Cancer Prevention Project Final Report*. Seattle, WA, Program for Appropriate Technology in Health, 2004 (Annex 10).
- Salas Diehl I, Prado Buzeta R, Muñoz Magna R. *Manual de Procedimientos de Laboratorio de Citología*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 2002.
- OMS. *Cervical cancer screening in developing countries. Report of a WHO Consultation*. Ginebra, 2002.

HOJA PRÁCTICA 6: OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

HP6

¿QUÉ ES EL CONSENTIMIENTO INFORMADO?

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

Cuando solicite el consentimiento informado:

- Proporcione a la mujer toda la información necesaria acerca de lo que usted está a punto de hacer y pídale que dé su consentimiento antes de emprender cualquier examen o procedimiento. No es ético solicitar el consentimiento informado de forma retroactiva.
- Si cabe la posibilidad de que deba contactarse a la mujer en el domicilio o el trabajo (por ejemplo, para proporcionarle los resultados analíticos o recordarle que tiene una cita pendiente), obtenga su consentimiento para hacerlo.
- Los miembros de la familia deben participar en la conversación solamente si la mujer ha dado su permiso explícito.
- Reduzca la terminología médica a su mínima expresión y explique cualquier tecnicismo que no tenga un equivalente local.
- Quizás le resulte útil dibujar o valerse de dibujos para ilustrar sus explicaciones.
- Sea claro y vaya al grano; no utilice palabras que la paciente no comprenda o sean imprecisas, como «neoplasia» o «crecimiento».
- No confunda a la mujer con explicaciones innecesarias, pero aborde todas las cuestiones importantes.
- Dé tiempo a la mujer para que asimile lo que usted le ha dicho. Luego, permítale que formule preguntas. Una vez que ha contestado a todas sus preguntas, solicítele oficialmente su consentimiento.
- Puede ser culturalmente importante que participen otras personas en el proceso de toma de decisiones –la pareja de la mujer, por ejemplo–; no obstante, asegúrese de que se respetan los deseos de la mujer.

HP 6

EXPLICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS Y LOS PROCEDIMIENTOS

En cada capítulo de esta Guía y en las hojas prácticas se proporcionan explicaciones para las pacientes, que usted podrá adaptar a la situación de la persona en cuestión, de forma que le ayuden a explicar los procedimientos en un lenguaje que la paciente y su familia puedan comprender.

LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PASO A PASO**Preparación**

1. Garantice la intimidad y explique que la confidencialidad se respeta siempre en su establecimiento.
2. Acate las normas de su establecimiento relativas a la obtención del consentimiento informado.
3. Aplique las reglas generales de orientación y buena comunicación. Escuche atentamente y atienda las inquietudes de la mujer; proporcione el tiempo que necesite para comprender y tomar una decisión.
4. Pregúntele si desea que algún miembro de su familia esté presente o si prefiere hablar con los miembros de su familia en el hogar antes de tomar una decisión. No la presione para que tome una decisión si aún no está preparada.

**Proceso**

5. Sumínistrelle toda la información necesaria acerca de la prueba, el procedimiento o el tratamiento que usted recomienda y cualesquiera opciones disponibles. Use las explicaciones para los pacientes proporcionadas en esta guía, una vez adaptadas al establecimiento y a la situación de la persona en cuestión, para explicar procedimientos tales como la crioterapia, la cirugía o la radioterapia. Incluya la información siguiente:
 - propósito del procedimiento;
 - beneficios posibles;
 - riesgos de hacer o no hacer lo que usted indica;
 - necesidad de anestesia o de hospitalización;
 - efectos secundarios y complicaciones posibles y cómo proceder llegado el caso de que se manifiesten;
 - tiempo de recuperación;
 - costo;
 - posibilidad de éxito o de fracaso.
6. Pregunte a la mujer si desea saber algo y conteste a sus preguntas.

7. Pruebe a ver si la paciente comprendió lo que le ha dicho. Pídale que repita los puntos que puedan ser difíciles o importantes, o exprese en otros términos para reiterar las cuestiones más trascendentes, como por ejemplo: «¿Comprende usted que no puede realizar el coito durante cuatro semanas después del procedimiento? ¿Cómo cree usted que reaccionará su marido?»
8. Aclare cualquier malentendido.
9. Deje constancia por escrito, ya sea en un formulario de consentimiento o en la historia clínica de la paciente (según las directrices de su establecimiento), de que:
 - usted confirma que la paciente comprendió la información, y que
 - la decisión de la paciente de someterse a la prueba o terapia (o de rechazarla) fue voluntaria.

HP 6

Hoja Práctica 6: Obtención del consentimiento informado

HOJA PRÁCTICA 7: CÓMO REALIZAR LA ANAMNESIS Y LA EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA ⁹

HP 7

El cribado del cáncer cervicouterino comprende una anamnesis para establecer si la mujer presenta factores de riesgo específicos o síntomas indicativos. La mayor parte de las pruebas de detección incluyen un examen con espéculo.

Se debe disponer del instrumental y el material siguientes:

- historia clínica y lápiz;
- de ser posible, ilustraciones de los órganos del aparato genital femenino;
- jabón y agua para lavarse las manos;
- fuente de luz para examinar el cuello uterino;
- mesa de exploración cubierta de tela o papel limpio;
- guantes de exploración desinfectados en grado extremo o desechables;
- espéculos de diferentes tamaños, desinfectados en grado extremo (no necesariamente estériles);
- pequeño recipiente de agua tibia para lubricar y entibiar el espéculo;
- solución de cloro al 0,5 % para descontaminar el instrumental y los guantes.

ANAMNESIS

Pregunte a la paciente acerca de:

- su edad, sus estudios; el número de embarazos, partos o hijos vivos; fecha de la última menstruación, ciclo menstrual, uso previo o actual de métodos anticonceptivos;
- las pruebas de detección de cáncer cervicouterino previas, sus fechas y sus resultados;
- antecedentes personales patológicos, incluidos los medicamentos administrados o las alergias a fármacos;
- antecedentes sociales, incluidos los factores que pueden aumentar el riesgo de cáncer cervicouterino;
- antecedentes sexuales, incluida la edad de la primera relación sexual y del primer embarazo, el número de parejas que ha tenido, las infecciones de transmisión sexual previas y cualquier conducta indicadora de un aumento de riesgo del cáncer cervicouterino;
- cualquier síntoma y signo de cáncer cervicouterino y otras enfermedades.

⁹ Adaptado de: Burns A. y cols. *Where women have no doctor*. Berkeley, CA, Hesperian Foundation, 1997; y de OMS. *Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo. Una guía para la práctica básica*. Ginebra, 2005.

HP 7

REALIZACIÓN DE LA EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA

Luego de la anamnesis, realice la exploración ginecológica. El examen del aparato genital femenino consta de tres componentes:

- un examen de los genitales externos;
- un examen con espéculo;
- una exploración bimanual.

Antes de la exploración

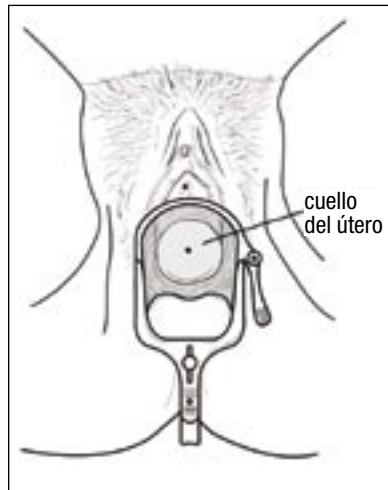
1. Procure tener listo todo el instrumental y el material que necesita. Asegúrese de que el espéculo tenga una temperatura agradable.
2. Si tiene previsto efectuar alguna prueba o intervención (por ejemplo, la prueba de Papanicolaou) dígame a la mujer en qué consisten, para qué sirven y cuándo piensa usted que estarán los resultados aproximadamente.
3. Pregunte a la mujer si desea saber algo y conteste sinceramente a sus preguntas.
4. Explique a la mujer qué es la exploración ginecológica y muéstrole el espéculo.
5. Solicite a la mujer que vacíe la vejiga (que orine) y que se desnude de la cintura para abajo. Sea especialmente sensible al sentimiento de pudor femenino acerca de exhibir las partes pudendas o si el examen se vislumbra como de tipo lesivo.
6. Acomode a la mujer en la mesa de exploración.

Examen de los genitales externos

7. Mediante toques suaves y con la mano enguantada, busque signos de eritema, bultos, tumefacción, flujo inusual, llagas, exudados y cicatrices alrededor de los genitales y entre los pliegues cutáneos de la vulva. Pueden ser manifestaciones de una infección de transmisión sexual o venérea.

Examen de los genitales externos

8. Mantenga las hojas del espéculo juntas y paralelas a los labios e insértelas en la vagina. Tenga cuidado de no ejercer presión sobre la uretra o el clítoris, pues dichas zonas son muy sensibles. Cuando el espéculo esté insertado a medio camino, gírelo hasta que el mango quede mirando hacia abajo. Separe las hojas con cuidado y busque el cuello del útero. Mueva el espéculo despacio y delicadamente hasta visualizar el cuello uterino completo. Ajuste el tornillo (o trabe el espéculo en la posición abierta) para que el espéculo permanezca en su sitio.



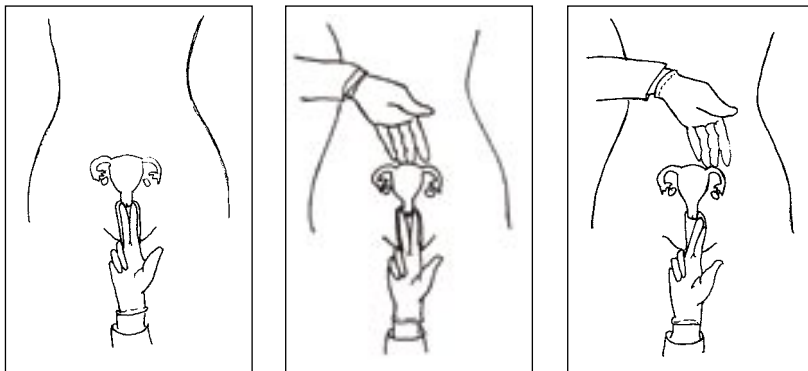
9. Examine el cuello del útero; normalmente debe ser rosado, redondo y liso. Puede presentar pequeños quistes amarillos, zonas eritematosas alrededor del orificio de entrada o una secreción mucoide clara; todo ello es normal.
10. Observe si existen anomalías, como por ejemplo:
- Flujo vaginal y enrojecimiento (eritema) en las paredes de la vagina, que son signos habituales de vaginitis. Si el flujo es blanco y tiene el aspecto de la leche cuajada probablemente se trate de una infección por levaduras.
 - Úlceras, llagas o ampollas. Las úlceras genitales pueden deberse a la sífilis, al chancroide, a virus herpéticos o, en algunos casos, a un cáncer. Las llagas o las ampollas suelen deberse a virus herpéticos.
 - Hemorragia espontánea al tocar el cuello uterino con un hisopo, o secreción mucopurulenta, signos éstos de una infección cervicouterina.
 - Un engrosamiento anómalo o tumor, que puede ser cáncer cervicouterino.
11. Tire suavemente del espéculo hacia usted hasta que las hojas queden fuera del cuello uterino, junte las hojas y retire el espéculo.

HP 7

HP 7

La exploración bimanual

La exploración bimanual le permitirá palpar los órganos reproductores dentro del abdomen.



12. Pruebe a ver si hay dolor a la palpación cervicouterina. Introduzca los dedos índice y medio de su mano enguantada dentro de la vagina de la mujer. Vuelva la palma de la mano hacia arriba. Palpe el cuello del útero para ver si es consistente y redondo. Luego, coloque un dedo de cada lado del cuello y mueva ligeramente este último mientras observa la expresión facial de la mujer. Si el movimiento le causa dolor (se dará cuenta por sus muecas), dicho dolor a la palpación cervicouterina puede ser indicio de una infección en la matriz, las trompas o los ovarios (infección genital femenina o IGF). Si el cuello uterino es blando, puede que la mujer esté embarazada.
13. Tantee la matriz presionando ligeramente sobre la parte inferior del abdomen con la otra mano. Con ello logrará acercar la matriz, las trompas y los ovarios hacia los dedos introducidos en el interior de la vagina. Puede que la matriz se desplace un poco hacia adelante o hacia atrás. Cuando la encuentre, palpe su tamaño y su forma. Debe sentirla firme, tersa y de tamaño más pequeño que un limón.
 - Si la matriz está blanda y grande, probablemente la mujer está embarazada.
 - Si tiene bultos y está dura, puede tratarse de un fibroma u otro tipo de tumor.
 - Si provoca dolor cuando la toca, es posible que esté infectada.
 - Si no se mueve fácilmente, puede haber cicatrices de una antigua infección.

14. Palpe las trompas y los ovarios. Si son normales, tendrán una consistencia dura. Si siente algún bulto mayor que una almendra o que causa gran dolor, puede tratarse de una infección o de otra enfermedad que necesita tratamiento urgente. Si la mujer presenta un bulto doloroso y se ha retrasado la menstruación, posiblemente tenga un embarazo ectópico; en este caso, la mujer *necesita tratamiento médico* de inmediato.
15. Mueva el dedo para sentir el interior de la vagina. Verifique la ausencia de bultos, desgarros o llagas inusuales.
16. Pida a la paciente que tosa o que haga fuerza como si fuera a defecar. Fíjese si algo protruye de la vagina. En caso positivo, puede tratarse de un descenso de la matriz o de la vejiga (prolapso).

Después de la exploración

17. Coloque el instrumental y los guantes usados en la solución desinfectante.
18. Lávese las manos con agua y jabón.
19. Anote todos los resultados en la historia clínica de la mujer.
20. Comunique a la mujer si encontró todo en orden o si notó algo inusual o anómalo durante la exploración, y explíquele el posible significado de cualquier anomalía.
21. Si nota cualquier signo indicador de una infección de transmisión sexual, administre tratamiento a la mujer y su pareja de inmediato, según las directrices nacionales de la OMS.¹⁰ Sumínístreles preservativos y enséñeles a utilizarlos. Si percibe una infección cervicouterina aguda o una infección genital femenina, suministre tratamiento como se indica resumidamente en el Anexo 8.
22. Si detecta algo que necesite tratamiento urgente o que no pueda abordarse en su establecimiento (por ejemplo, un embarazo ectópico, un prolapso, un tumor cervicouterino) derive a la paciente al nivel asistencial superior.
23. De ser necesario, comuníquele la fecha en que debe regresar para el seguimiento.



Anexo 8

¹⁰ OMS. *Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo. Una guía para la práctica básica*. Ginebra, 2005.

HP 7

Hoja Práctica 7: Cómo realizar la anamnesis y la exploración ginecológica

HOJA PRÁCTICA 8: CÓMO REALIZAR LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

HP8

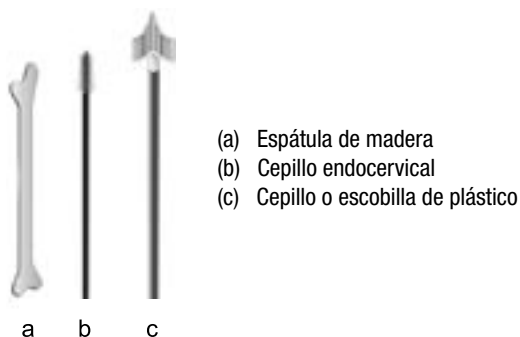
Hoja Práctica 8: Cómo realizar la prueba de Papanicolaou

En la prueba de Papanicolaou, se toma una muestra de células del cuello uterino con una espátula o cepillo (véase la Figura HP8.1) y la muestra se extiende sobre un portaobjetos y examina al microscopio en busca de células anómalas (precancerosas o cancerosas). Si la extensión contiene células epiteliales anómalas se notifica como positiva. La mayoría de las mujeres con resultados positivos en la prueba de Papanicolaou deben someterse a pruebas adicionales para confirmar el diagnóstico y determinar si es necesario administrar tratamiento.¹¹

Para llevar a cabo una Prueba de Papanicolaou convencional es necesario disponer del material y de los instrumentos siguientes:

- jabón y agua para lavarse las manos;
- una fuente de luz para examinar el cuello uterino;
- una mesa de exploración cubierta de tela o papel limpio;
- un espéculo desinfectado en grado extremo (no necesariamente estéril);
- guantes de exploración desinfectados en grado extremo o desechables;
- una espátula de plástico o de madera de punta extendida (u otro instrumento para la toma de muestras);
- un portaobjetos de vidrio de borde esmerilado y un lápiz para rotular;
- solución de fijador;
- formulario de recogida de datos;
- pequeño recipiente de agua tibia para lubricar y entibiar el espéculo;
- solución de cloro al 0,5 % para descontaminar el instrumental y los guantes.

Fig HP8.1 Instrumentos necesarios para la toma de muestras en la prueba de Papanicolaou



¹¹ Cuando la prueba de Papanicolaou indique ASC-US o LSIL, solo las lesiones persistentes (notificadas en dos pruebas de Papanicolaou en un período de seis meses a 1 año) necesitan investigación adicional.

HP 8

REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

Tome nota de lo siguiente:

- Conviene no efectuar la prueba de Papanicolaou en mujeres que están menstruando abundantemente o que presentan síntomas de infección aguda. Un sangrado leve es aceptable.
- El embarazo no es un momento propicio para la prueba de Papanicolaou, pues puede dar resultados que induzcan a error. No obstante, si la mujer tiene la edad indicada y cabe la posibilidad de que no regrese después de dar a luz, proceda a efectuar la prueba.

Antes de poner en práctica cualquier examen, prueba o procedimiento, consulte la Hoja Práctica 4 para orientar a la paciente. A continuación se proporcionan una serie de consejos específicos para obtener los frotis.



Orientación

Preparación

1. Explique el procedimiento, el significado de los resultados de la prueba y por qué es importante regresar por los resultados analíticos y obrar en consecuencia como sea preciso. Cerciérese de que la mujer lo ha entendido y obtenga el consentimiento informado.
2. Practique un examen con espéculo como se describe en la Hoja Práctica 7.



Consentimiento informado

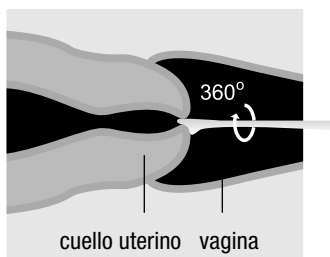


Exploración ginecológica

Toma de la muestra con una espátula de madera

3. Inserte la punta larga de la espátula en el orificio y haga que dé una vuelta completa (de 360 grados).

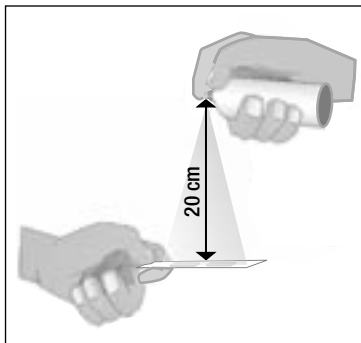
Figura HP8.2 Toma de una muestra de células cervicouterinas con una espátula de madera



4. Frote ambos lados de la espátula contra el portaobjetos de vidrio dando una o dos pasadas delicadas. Si observa anomalías fuera de la zona de muestreo, tome una muestra aparte y espárzala sobre otro portaobjetos.

5. Fije inmediatamente el material de cada portaobjetos. Utilice a tal efecto un aerosol fijador, situado en ángulo recto y a una distancia de 20 cm del portaobjetos, o bien sumerja el portaobjetos en un recipiente con etanol al 95% durante 5 minutos como mínimo.

Figura HP8.3 Fijación del frotis en la prueba de Papanicolaou convencional



Si el material no se fija de inmediato, las células se deshidratarán y deformarán y ya no será posible hacer una lectura adecuada del portaobjetos en el laboratorio.

6. Cierre y retire delicadamente el espéculo.
7. Coloque los instrumentos utilizados en la solución descontaminante.

Después de obtener el frotis

8. Rotule cuidadosamente el extremo esmerilado de cada portaobjetos con el nombre de la mujer, el número de historia clínica y la fecha.
9. En la historia clínica, anote e ilustre cualquier característica que haya observado: visibilidad de la zona de transformación, inflamación, úlceras u otras lesiones, flujo anormal. Anote asimismo si se han tomado otras muestras, por ejemplo, frotis de otras zonas, si se han hecho pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y, si se ha derivado a la mujer, el lugar de derivación, el profesional a quien se derivó y el momento de la derivación.
10. Pregunte a la mujer si desea saber algo.
11. Comuníquela el momento y la forma en que recibirá los resultados de la prueba y recalque la importancia de que regrese a buscar los resultados. Teóricamente éstos deberían enviarse al consultorio en un plazo de dos o tres semanas. No es admisible que el laboratorio tarde más de un mes en notificarlos.

HP 8

12. Si usted observó algo por lo que desea enviar a la mujer a un nivel asistencial superior, indíquelo el motivo de la derivación, el lugar al que debe acudir, en qué momento y el nombre de la persona a quién debe ver; insista en que es importante que acuda a la cita.
13. Aconséjale que anime a otras mujeres de la familia y amigas de la edad propicia a que se presenten a la prueba de Papanicolaou.

Seguimiento

14. Cuando la mujer regrese, entréguele los resultados de la prueba, explíquelo lo que significan y aconséjela acerca de lo que debe hacerse.
 - Si el resultado es negativo (normal), díglele que repita la prueba en tres años (o en el plazo estipulado en las directrices nacionales).
 - En caso contrario, utilice el esquema del Anexo 4b para explicarle cómo debería efectuarse su seguimiento.
15. Si la mujer no regresa y el frotis dio resultados anómalos o insatisfactorios, intente ponerse en contacto con ella. En el Anexo 7 se proporciona un ejemplo de carta para enviar a tales pacientes. En el Anexo 4 se especifican otros métodos para garantizar el regreso.

Papanicolaou
en el esquemaEjemplos de
documentos

Su tarea no habrá terminado hasta que no se informen los resultados de la prueba a cada mujer, o al menos a las mujeres cuyos resultados son anómalos.

HOJA PRÁCTICA 9: RECOGIDA DE MUESTRAS PARA LA PRUEBA DE ADN DEL VPH

HP9

Para efectuar la prueba de ADN del VPH, se recogen secreciones del cuello uterino o de la vagina con un cepillo pequeño o hisopo y las muestras se colocan en un líquido especial para enviarlas al laboratorio. Allí se examinan en busca de infección por el VPH, que puede inducir modificaciones en las células que tapizan el cuello del útero. La prueba no permite diagnosticar ni el precáncer ni el cáncer del cuello uterino.

Para recoger las muestras con que efectuar la prueba del VPH es necesario disponer del material y los instrumentos siguientes:

- jabón y agua para lavarse las manos;
- una fuente de luz para examinar el cuello uterino;
- una mesa de exploración cubierta de tela o papel limpio;
- un espéculo desinfectado en grado extremo (no necesariamente estéril);
- guantes de exploración desinfectados en grado extremo o desechables;
- cepillo pequeño o hisopo blando;
- recipiente pequeño con solución de conservante;
- formulario de recogida de datos;
- pequeño recipiente de agua tibia para lubricar y entibiar el espéculo;
- solución de cloro al 0,5% para descontaminar el instrumental y los guantes.

RECOGIDA DE LA MUESTRA PARA LA PRUEBA DEL VPH

Tome nota de lo siguiente:

- Lo ideal es no proceder a la toma de la muestra si la mujer está menstruando abundantemente. Un sangrado leve es aceptable.
- La prueba del VPH, siempre que se disponga de ella, es más útil cuando se realiza con una prueba citológica a la par (en mujeres de por lo menos 35 años de edad).

Antes de poner en práctica cualquier examen, prueba o procedimiento, consulte la Hoja Práctica 4 para orientar a la paciente. A continuación se proporcionan una serie de consejos específicos para efectuar la prueba del VPH.



Orientación

HP 9

Preparación

1. Explique en qué consiste la prueba del VPH y el significado de un resultado positivo. Cerciérese de que la mujer lo ha entendido y obtenga el consentimiento informado.
2. Practique un examen con espéculo como se describe en la Hoja Práctica 7.

Exploración
ginecológica**Recogida de la muestra**

3. Obtenga una muestra del fondo de la vagina y del orificio del cuello uterino con el cepillo o el hisopo.
4. Coloque el cepillo o el hisopo en el recipiente especial con la solución de conservante.
5. Cierre y retire delicadamente el espéculo.
6. Coloque los instrumentos utilizados en la solución de descontaminación.
7. Rotule el recipiente con el nombre de la mujer, el número de historia clínica y la fecha.

Después de obtener la muestra

8. Comunique a la paciente cualquier anomalía que usted haya notado.
9. Anote sus observaciones y la toma de la muestra en la historia clínica de la paciente.
10. Comunique a la mujer la fecha en que debe regresar por los resultados analíticos.
11. Si usted observó algo por lo que desea enviar a la mujer a un nivel asistencial superior, indíquele el motivo de la derivación, el lugar al que debe acudir, en qué momento y el nombre de la persona a quién debe ver; insista en que es importante que no falte a la cita.

Método opcional: autorrecolección

1. Explique a la mujer la forma de recoger su muestra, según las instrucciones del fabricante del kit analítico.
2. Sumínistrelle hisopos y un recipiente con solución de conservante.

3. La mujer puede tomar la muestra en el consultorio, a condición de disponer de un lugar reservado, o bien en su hogar.
4. En caso de que la mujer tome la muestra en su hogar, luego debe llevarla al consultorio lo antes posible y en cualquier caso en el plazo especificado por el fabricante del kit analítico.
5. Envíe la muestra al laboratorio especializado para su análisis.

Seguimiento

12. Cuando la mujer regrese, con independencia de que la muestra la haya tomado ella o el dispensador, entréguele los resultados de la prueba, explíquele lo que significan y, si fuera necesario, asesórela con respecto a cualquier tratamiento o prueba adicional que deba efectuarse.
13. Si la prueba se utilizó como instrumento primario de cribado, las mujeres cuyos resultados sean positivos deben ser derivadas para colposcopia. Si la prueba se llevó a cabo junto con una prueba de Papanicolaou, y ésta dio por resultado «células escamosas atípicas de significado indeterminado» (ASC-US), solamente las mujeres con resultados positivos respecto a VPH oncógenos deben ser remitidas para colposcopia y biopsia.
14. Esté dispuesto a contestar preguntas sobre las implicancias de un resultado positivo tras la prueba del VPH.



Preguntas frecuentes

HP9

Hoja Práctica 9: Recogida de muestras para la prueba de ADN del VPH

HOJA PRÁCTICA 10: MÉTODOS DE CRIBADO VISUALES

HP 10

Hoja Práctica 10: Métodos de cribado visuales

En una prueba visual, el dispensador aplica ácido acético (en la IVA) o solución yodada de Lugol (en la IVL) sobre el cuello del útero y luego observa la tinción. En la IVA, el resultado es positivo si se observan placas blancas sobresalientes o engrosadas y un epitelio acetoblanco; en la IVL, el resultado es positivo cuando se perciben zonas de un color amarillo azafranado o mostaza, usualmente cerca de la unión escamoso-cilíndrica. Cualquiera de las dos levanta sospechas de cáncer cuando se observa una úlcera o masa fungoide en forma de coliflor en el cuello uterino. Los resultados del cribado visual son negativos cuando el revestimiento del cuello uterino es liso, uniforme y carece de signos que llamen la atención; se visualiza de color rosado con el ácido acético y marrón oscuro o negro con la solución yodada de Lugol.

Para llevar a cabo los métodos visuales es necesario disponer del material y los instrumentos siguientes:

- jabón y agua para lavarse las manos;
- una fuente de luz potente para examinar el cuello uterino;
- un espéculo desinfectado en grado extremo (no necesariamente estéril);
- guantes de exploración desinfectados en grado extremo o desechables (no necesariamente estériles);
- mesa de exploración cubierta de tela o papel limpio;
- hisopos o torundas de algodón;
- solución de ácido acético diluido (3–5%) o vinagre blanco;
- solución yodada de Lugol;
- solución de cloro al 0,5% para descontaminar el instrumental y los guantes;
- formulario de recogida de datos.

REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS DE CRIBADO VISUALES

Tome nota de lo siguiente:

- No se recomienda la aplicación de métodos visuales en las mujeres posmenopáusicas, pues en dichas mujeres la zona de transición se encuentra a menudo en el interior del conducto cervical y no es visible en el examen con espéculo.

Preparación

1. Explique el procedimiento, la forma en que se realiza y el significado de un resultado positivo. Cerciérese de que la mujer lo ha entendido y obtenga el consentimiento informado.
2. Practique un examen con espéculo como se describe en la Hoja Práctica 7.



Consentimiento
informado



Exploración
ginecológica

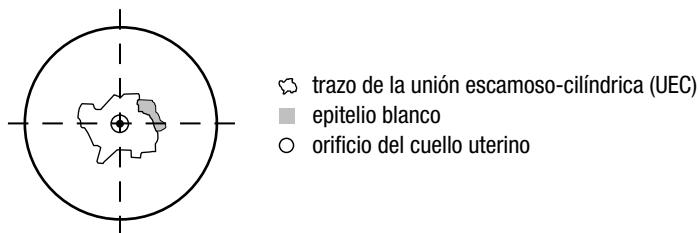
Realización de la prueba

3. Ajuste la fuente de luz de modo de obtener la mejor vista posible del cuello uterino.
4. Use un hisopo de algodón para eliminar cualquier exudado, sangre o mucosidad del cuello uterino.
5. Identifique la unión escamosa-cilíndrica y la región adyacente.
6. Aplique la solución de ácido acético o la solución yodada de Lugol sobre el cuello del útero; aguarde uno o dos minutos para que se produzca el cambio de color. Observe si ha variado el aspecto del cuello uterino. Preste especial atención a las anomalías que estén cerca de la zona de transformación.
7. Examine atentamente la unión escamoso-cilíndrica y cerciórese de que puede verla por completo. Anote si el cuello uterino sangra con facilidad. Si ha utilizado ácido acético, busque placas sobresalientes y engrosadas o epitelio acetoblanco; si ha utilizado la solución yodada de Lugol, busque zonas de color amarillo azafranado o mostaza. Elimine la sangre o las partículas residuales generadas durante el examen.
8. Utilice un hisopo fresco para eliminar los restos de solución de ácido acético o de solución yodada del cuello del útero y la vagina.
9. Retire delicadamente el espéculo.

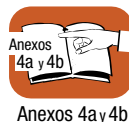
Después del cribado

10. Anote sus observaciones y los resultados de la prueba. Trace un esquema de los resultados anómalos en el formulario de recogida de datos.

Figura HP10.1 Resultados de la IVA consignados en un esquema rotulado



11. Analice los resultados de la prueba de detección con la paciente. Si los resultados son negativos, dígame que repita la prueba en tres años. Si los resultados son positivos o se sospecha cáncer, comuníquelo lo que se recomienda hacer en esos casos (consulte el método convencional en el Anexo 4a y el método de «cribado y tratamiento» en el Anexo 4b). Si es necesario derivar a la paciente a otro servicio para efectuar pruebas adicionales o administrarle tratamiento, efectúe los trámites y suminístrele todas las indicaciones y los formularios que hagan falta antes de que la paciente se retire. Si puede concertar la cita de inmediato, hágalo.



5

CAPÍTULO 5: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PRECÁNCER

CAPÍTULO 5: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PRECÁNCER

Puntos clave

- Se deben efectuar investigaciones adicionales en todas las mujeres cuyas pruebas de detección han dado resultados positivos o anómalos, a fin de efectuar el diagnóstico definitivo.
- El método convencional para el diagnóstico de las lesiones precancerosas cervicouterinas es el examen histopatológico del tejido obtenido en la biopsia guiada por colposcopia.
- El método de «cribado y tratamiento» implica la administración de tratamiento cuando la prueba de detección arrojó resultados positivos, sin practicar ninguna otra prueba diagnóstica. Se trata de un enfoque nuevo; todavía no se ha determinado su efecto a largo plazo en la incidencia del cáncer.
- Es imprescindible tratar las lesiones precancerosas clasificadas como CIN 2 o CIN 3. Las lesiones de tipo CIN 1 tienden a resolverse de forma espontánea, pero deben tratarse si cabe la posibilidad de que la mujer no regrese al servicio para el seguimiento, así como en otras circunstancias especiales.
- Los tratamientos ambulatorios, como la crioterapia y la escisión electroquirúrgica con asa, son preferibles a los tratamientos más traumáticos (como la conización con bisturí), que exigen anestesia y a menudo hospitalización, además de entrañar un mayor número de complicaciones.
- La conización con bisturí se considera adecuada cuando no se cumplen los criterios de elección de la crioterapia ni de la escisión electroquirúrgica con asa.
- No ha de practicarse la histerectomía para tratar el precáncer, salvo si existen otros motivos de peso para extirpar el útero. El deseo de esterilización quirúrgica no es un motivo suficiente.

ACERCA DE ESTE CAPÍTULO

En este capítulo se describen los procedimientos diagnósticos y terapéuticos del precáncer –colposcopia y biopsia, crioterapia, escisión electroquirúrgica con asa y conización con bisturí– y se debaten las indicaciones, ventajas y desventajas de los mismos. También se traza a grandes rasgos el método de «cribado y tratamiento».

PAPEL DEL DISPENSADOR DE ATENCIÓN SANITARIA

El dispensador de atención sanitaria es responsable de velar por que las mujeres con resultados anómalos tras una prueba de detección reciban el seguimiento y el tratamiento que necesitan. Debe explicar a las mujeres con resultados positivos tras una prueba de detección cuál es el seguimiento indicado, ocuparse de los casos localmente, siempre que sea posible, o derivarlos a un establecimiento del nivel asistencial superior. Asimismo, debe orientar a las mujeres que se someten a procedimientos diagnósticos y terapéuticos sobre la importancia de abstenerse de practicar el coito, o bien de la utilización correcta y sistemática de preservativos, durante un cierto tiempo después del procedimiento.

HISTORIA

María es una madre nicaragüense de 12 hijos, tiene 60 años de edad y lleva 45 años casada con el mismo hombre. La maestra de la clase de alfabetización le dijo que en el pueblo se iba a instalar un consultorio para detectar el cáncer cervicouterino, y le aconsejó que fuera. Así lo hizo, y le hicieron una prueba de Papanicolaou. Cuando volvió al consultorio a buscar los resultados de la prueba, le comunicaron que tenía una lesión intraepitelial escamosa de alto grado, un trastorno que debía tratarse, de lo contrario empeoraría y se transformaría en cáncer. La remitieron al hospital comarcal, donde un médico exploró su vagina con un colposcopio y tomó una biopsia de la zona anómala. La biopsia confirmó que padecía una lesión precancerosa y la sometieron a crioterapia. El médico le explicó que era importante efectuar exámenes periódicos después del tratamiento, pues, a veces, podían quedar células anómalas que progresaban a cáncer. Como María estaba a punto de ausentarse del país no regresó sino varios meses después. Al regresar, se enteró de que el agente de salud la había visitado dejándole el recado de que era imprescindible que fuera a las consultas de seguimiento. María finalmente acudió al consultorio, 18 meses después del tratamiento. El médico del hospital repitió la colposcopia, la cual reveló nuevamente la presencia de una lesión sospechosa. La biopsia confirmó la lesión de neoplasia intraepitelial cervicouterina de grado 3 (CIN 3), que necesitaba tratamiento adicional. María ingresó al hospital para someterse a una conización con bisturí bajo anestesia; la operaron por la mañana temprano y le dieron de alta el mismo día. Le extirparon por completo la zona anómala y desde entonces le hacen regularmente pruebas durante el seguimiento.



OPCIONES DE TRATAMIENTO DEL PRECÁNCER

Método convencional de diagnóstico: colposcopia y biopsia

La biopsia realizada con ayuda del colposcopio es el método estándar de diagnóstico de precáncer y cáncer invasor presintomático del cuello uterino. Para que la biopsia sea satisfactoria debe visualizarse toda la zona de transformación a fin de poder estimar el grado de anomalía e identificar las regiones para biopsia. Si la unión escamoso-cilíndrica o la zona de transformación se encuentran parcial o completamente dentro del conducto endocervical, se debe efectuar un examen con espéculo para visualizar las lesiones en su totalidad, así como un legrado endocervical (LEC) a fin de obtener una muestra para el examen histopatológico. Si se diagnostica un tumor premaligno, éste se debe tratar con crioterapia, escisión electroquirúrgica con asa o conización con bisturí.

Obstáculos que dificultan los servicios de colposcopia y biopsia

Deben practicarse colposcopias y biopsias en las mujeres con resultados positivos tras una prueba de detección siempre que sea posible; no obstante, muchas veces la prestación de tales servicios se verá obstaculizada por los siguientes motivos:

- los colposcopios son instrumentos complejos y relativamente costosos,
- se necesita una formación especializada y práctica para mantener el dominio de la técnica,
- las muestras de biopsia deben transportarse al servicio de histopatología, lo cual puede resultar difícil en los entornos con pocos recursos.

Métodos opcionales de diagnóstico y tratamiento

Método de «cribado y tratamiento»

En este método, se toman decisiones terapéuticas en función de los resultados de la prueba de detección, sin pasar por una prueba diagnóstica previa. A la mayoría de las mujeres con cribado positivo se las puede tratar con crioterapia en el nivel de asistencia primaria de salud el mismo día del cribado; ello puede disminuir la indisponibilidad a efectos del seguimiento y ejerce un impacto positivo sobre el control del cáncer cervicouterino. El inconveniente es que no se dispondrá de una muestra de tejido para su examen posterior. Este enfoque se aborda más detalladamente en el Anexo 4b.



Cribado y
tratamiento

Método de «visualización y tratamiento» basado en colposcopia

El problema de los posibles tratamientos innecesarios que entraña el enfoque de «cribado y tratamiento» se puede resolver adoptando un enfoque intermedio: se practica un examen colposcópico de las pacientes con cribado positivo (durante la prueba de Papanicolaou, IVA, IVL o VPH). Si se detecta una lesión precancerosa, ésta se puede tratar de inmediato. Si se elige la crioterapia como forma de tratamiento, se pueden tomar biopsias dirigidas colposcópicamente antes de realizarla a fin de confirmar el diagnóstico después del procedimiento. Si se utiliza la escisión electroquirúrgica con asa, se dispondrá de tejido como resultado del procedimiento. Este enfoque está supeditado a la disponibilidad de material y de profesionales formados y con experiencia.

DIAGNÓSTICO

Colposcopia, biopsia y legrado endocervical

Colposcopia

La colposcopia es el examen del cuello uterino, la vagina y la vulva con un colposcopio, que es lo que proporciona la fuente de iluminación y el aumento necesario para examinar los tipos celulares de la capa epitelial y los vasos sanguíneos adyacentes. La aplicación de ácido acético¹² diluido permite resaltar las zonas anómalas, que luego se pueden biopsiar. Cuando se utiliza como método de diagnóstico en pacientes con cribado positivo, la colposcopia presenta una gran sensibilidad (cercana al 85%) y una elevada especificidad (de alrededor del 70%) para detectar un tumor premaligno o maligno.

La colposcopia se utiliza para:

- evaluar visualmente las lesiones precancerosas y cancerosas;
- poder delimitar la extensión de las lesiones;
- dirigir la biopsia de las zonas de aspecto anómalo; y
- facilitar la crioterapia o la escisión electroquirúrgica con asa.

La colposcopia no debe utilizarse como instrumento de cribado.

RECOMENDACIÓN

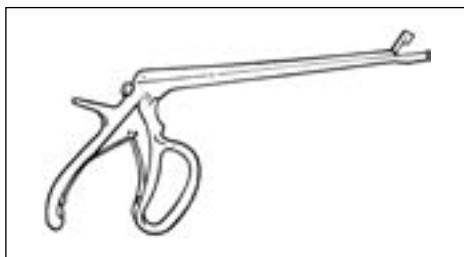
La colposcopia solamente se recomienda como instrumento de diagnóstico y la deben efectuar profesionales debidamente formados y competentes.

¹² La tinción con solución yodada de Lugol, si bien todavía se usa, no se recomienda para uso sistemático, debido a que puede producir artefactos en la pieza de biopsia.

Biopsia

La biopsia es la extracción de porciones minúsculas del cuello uterino con vistas a realizar el diagnóstico histopatológico. Se debe llevar a cabo únicamente con ayuda del colposcopio. Con las pinzas para biopsia en sacabocados se extraen una o dos piezas pequeñas de tejido (de 1 a 3 mm de ancho) de las zonas cervicouterinas anómalas identificadas por colposcopia. Generalmente el sangrado es mínimo. Las muestras se colocan en un conservante, como el formol, y se rotula el frasco. Éste se envía luego al laboratorio donde se realiza el diagnóstico histopatológico preciso de las anomalías —se determina si son manifestaciones de un tumor premaligno o maligno, así como la extensión y la gravedad de las mismas— de modo de adaptar el tratamiento a cada caso.

Figura 5.1 Pinzas para biopsia en sacabocados del cuello uterino



Legrado endocervical

Si la prueba de Papanicolaou ha dado un resultado positivo, pero no se observan zonas anómalas en la colposcopia, puede que exista una lesión en el conducto cervical. En tal caso, se puede examinar el endocérnix con un espéculo especial y extraer una muestra de células con la cucharilla o legra para biopsia endocervical a efectos del diagnóstico al microscopio. El legrado endocervical es un procedimiento sencillo; consiste en raspar delicadamente la superficie del conducto endocervical a fin de extraer unas cuantas células que se envían al laboratorio a fin de examinarlas. El procedimiento lleva tan solo unos minutos.

La colposcopia, la biopsia y el legrado endocervical son prácticamente indoloros (si bien pueden producir un dolor de tipo cólico pasajero) y no requieren anestesia. Después de la biopsia o del legrado endocervical, la mujer debe abstenerse de practicar el coito hasta que cesen las secreciones o el sangrado, lo cual suele ocurrir en un par de días. Si ello no es posible, que utilice preservativos.

Dispensadores

Pueden practicar la colposcopia, la biopsia o el legrado los médicos, las enfermeras u otros profesionales sanitarios formados y competentes del nivel de atención primaria de salud, a condición de disponer de un colposcopio, de pinzas para biopsia y de una legra. Lo más frecuente es que dichas intervenciones se realicen de forma ambulatoria en el nivel de atención secundaria (hospital comarcal).

Indicaciones para la colposcopia y la biopsia

Se deben realizar colposcopías y biopsias:

- en las mujeres con resultados anómalos en las pruebas de detección;
- si se observan lesiones sospechosas en el cuello uterino durante el examen con espéculo;
- para localizar anomalías antes de la crioterapia o la escisión electroquirúrgica con asa.

Indicaciones para el legrado endocervical

Se deben realizar legrados endocervicales en las circunstancias siguientes:

- cuando la prueba de Papanicolaou de la paciente ha dado un resultado positivo, pero no se observan anomalías con el colposcopio. Es posible que el precáncer o el cáncer se oculten en el interior del conducto cervical; si así fuera, ambos podrán detectarse al examinar el tejido obtenido mediante legrado;
- cuando la prueba de Papanicolaou ha revelado una lesión glandular. Normalmente dichas lesiones surgen del epitelio cilíndrico en el interior del conducto. En tal caso, se ha de proceder al legrado endocervical, con independencia de los resultados de la colposcopia;
- cuando la colposcopia resulte insatisfactoria debido a que no se observa la zona de transformación en su totalidad.

Consideraciones especial

- **No se visualiza íntegramente la zona de transformación.** En dicho caso, la colposcopia resulta insatisfactoria y se debe proceder al legrado endocervical. Si éste no fuera posible, se ha de derivar a la mujer para realizar una escisión electroquirúrgica con asa o conización con bisturí. Ello es especialmente importante si la prueba de detección revela una lesión de alto grado.
- **La mujer está embarazada.** Como se explicó en el Capítulo 4, el embarazo no es un momento propicio para efectuar una prueba de detección. No obstante, si la

prueba se realiza y arroja un resultado anómalo, o si se observa una lesión en el examen con espéculo, se debe derivar a la paciente para realizar una colposcopia. La toma de biopsias durante el embarazo puede traer aparejado un abundante sangrado. Por consiguiente, en ausencia de signos colposcópicos de cáncer invasor, se puede dar cita a la paciente para que regrese doce semanas después del parto para efectuar una segunda evaluación colposcópica y posiblemente una biopsia. Cuando exista sospecha de cáncer, se debe enviar a la mujer al especialista sin demora.

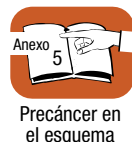
- **La mujer es posmenopáusica.** En muchas mujeres posmenopáusicas no se observa por completo la zona de transformación. Si no fuera posible practicar un legrado endocervical adecuado, se debe efectuar una conización con bisturí.
- **La mujer padece una infección por el VIH.** El tratamiento de las anomalías, incluidas la colposcopia y la biopsia, no debe modificarse en función del estado serológico de la paciente. Durante el proceso de curación posterior a cualquier procedimiento, las mujeres seropositivas pueden presentar una mayor excreción vírica y, si vuelven a exponerse a una infección, pueden ser más propensas a adquirir una carga vírica adicional. Es sumamente importante que se abstengan de practicar el coito hasta que haya finalizado la cicatrización.

Seguimiento

Se ha de solicitar a la paciente que vuelva en dos a tres semanas por los resultados de la biopsia; cuando lo haga, se deben analizar las opciones terapéuticas con la mujer, según la gravedad y la extensión de la anomalía. Si la mujer no vuelve como se le pidió, hay que ponerse en contacto con ella, entregarle sus resultados y aconsejarla acerca del tratamiento que necesita (remítase al Capítulo 4 para saber cómo lograr que las mujeres reciban la información que necesitan).

TRATAMIENTO DEL PRECÁNCER

El tratamiento de la paciente depende de los resultados de la colposcopia, la biopsia y el legrado endocervical y debe cumplir las directrices nacionales. Las opciones terapéuticas se ilustran en el diagrama del Anexo 5.



Principios de tratamiento

En la mayoría de los casos, las lesiones premalignas pueden tratarse en régimen ambulatorio utilizando métodos relativamente poco traumáticos, como la crioterapia o la escisión electroquirúrgica con asa. Si las lesiones no pueden tratarse de esa forma se pueden utilizar métodos que requieren hospitalización, como la conización

con bisturí. La histerectomía, un procedimiento extremadamente traumático con riesgo de complicaciones, como infecciones, hemorragias o traumatismos en órganos adyacentes, no debe utilizarse en el tratamiento del precáncer, salvo si existen otros motivos para extirpar el útero. El deseo de anticoncepción permanente por parte de la mujer no es una razón concomitante suficiente para practicar la histerectomía.

RECOMENDACIÓN

De ser posible, el precáncer se ha de tratar en régimen ambulatorio. Tanto la crioterapia como la escisión electroquirúrgica con asa pueden resultar adecuadas para tal fin, según los criterios de elección y los recursos disponibles.

Indicaciones para el tratamiento

Todas las lesiones de tipo CIN 2 y CIN 3 confirmadas por biopsia deben recibir tratamiento, pues casi todas ellas persisten y con el tiempo pueden transformarse en un cáncer invasor. Las lesiones de tipo CIN 1 tienden a resolverse de forma espontánea; estas pacientes pueden ser objeto de un seguimiento con colposcopia y citología cada seis meses hasta que la lesión regrese a la normalidad o se tengan indicios de la progresión de la anomalía. Cuando se observe progresión, o en los casos en que el seguimiento sea problemático, así como en las mujeres mayores cuya remisión espontánea es menos probable, se ha de considerar la posibilidad de proceder a un tratamiento de inmediato.

Consideraciones especiales

- **Embarazo.** Las mujeres embarazadas o bajo sospecha de estarlo no deben recibir tratamiento contra un tumor premaligno; hay que pedirles que vuelvan doce semanas después del parto para someterse a una nueva evaluación. En caso de sospecha de cáncer invasor, se debe enviar a la paciente al especialista de inmediato (véase el Capítulo 6).
- **La mujer está menstruando.** Las mujeres menstruantes que acuden al tratamiento pueden ser tratadas si la hemorragia es leve. Si el menstuo es abundante y no permite visualizar la extensión de la lesión conviene postergar el procedimiento.
- **La mujer padece una infección del cuello uterino o una infección genital femenina (IGF).**
 - La infección cervicouterina sin signos de IGF (diagnosticada clínicamente durante el examen con espéculo o con pruebas de laboratorio) se puede

tratar a la par con antibióticos y crioterapia. Si se ha de practicar una escisión electroquirúrgica con asa o una conización con bisturí, la infección debe tratarse antes del procedimiento.

- En caso de sospecha de IGF, se debe finalizar un ciclo completo de tratamiento antibiótico adecuado antes de administrar cualquier otro tratamiento.
- Siempre que se administre tratamiento a una mujer afecta de una infección cervicouterina, con o sin IFG, su pareja también debe completar el tratamiento para evitar una reinfección. Hasta que ambos no hayan completado el tratamiento, hay que aconsejarles que se abstengan de practicar el coito o bien que utilicen preservativos. Es necesario proporcionar preservativos a tales pacientes y enseñarles a utilizarlos.
- **La mujer padece una infección por el VIH.** Las mujeres seropositivas deben recibir tratamiento de la misma forma que las no infectadas. No obstante, se sabe que las primeras están expuestas a mayores tasas de persistencia, progresión y recurrencia de la enfermedad después del tratamiento que las segundas. Por lo tanto, una vez finalizada la terapia, habría que examinar a las mujeres seropositivas cada seis meses y administrarles rápidamente un nuevo tratamiento si se detectan lesiones de alto grado persistentes, progresivas o recurrentes.

Hasta la fecha no existen pruebas palpables de que el tratamiento antirretrovírico de gran actividad modifique la regresión o la progresión del precáncer o el cáncer cervicouterinos. Antes de administrar tratamiento, se ha de orientar a las mujeres seropositivas para asegurarse de que comprenden la necesidad de seguimiento minucioso y la posible necesidad de repetir el tratamiento, así como el riesgo de una mayor transmisión y adquisición de infecciones de transmisión sexual y de infección por el VIH durante la curación. La abstinencia de realizar el coito es la mejor protección después del tratamiento; si ello no fuera posible, se deben utilizar preservativos de forma sistemática y correcta.

RECOMENDACIÓN

Se han de ofrecer las mismas opciones terapéuticas a todas las mujeres, con independencia de su estado serológico.

Métodos de tratamiento

Los métodos de tratamiento pueden ser exeréticos (con destrucción de los tejidos anormales por medio de calor o frío) o escisionales (con extirpación quirúrgica de los tejidos anómalos). La mayor desventaja



Consentimiento
informado

de los primeros es que, a menos de tomar una biopsia antes del tratamiento, no se dispone de ninguna pieza de tejido para el examen histológico y la confirmación de la lesión.

La elección del tratamiento dependerá de:

- la formación y la experiencia del dispensador;
- el costo;
- las ventajas y las desventajas de cada método, y
- la localización y la extensión de la lesión.

Las opciones de tratamiento ambulatorio recomendadas son la crioterapia y la escisión electroquirúrgica con asa. La crioterapia es el método más sencillo y barato de tratamiento del precáncer. No obstante, cuando la lesión resulta demasiado grande para la criosonda o afecta el conducto endocervical o cuando es necesario disponer de una pieza para el examen histológico, el tratamiento preferido es la escisión electroquirúrgica con asa. La efectividad de ambos métodos es comparable (véase la Tabla 5.1). Cuando no se reúnan las condiciones para aplicar los métodos ambulatorios o cuando no se disponga de dichos métodos se debe llevar a cabo una conización con bisturí.

Con independencia del método de tratamiento empleado, la paciente debe ser informada detalladamente acerca de lo que se hará. Se debe obtener el consentimiento informado antes de emprender el procedimiento.

Crioterapia

La crioterapia es la eliminación de las zonas precancerosas del cuello uterino por congelación. Este procedimiento relativamente sencillo lleva unos 15 minutos y puede realizarse en régimen ambulatorio. Consiste en aplicar un disco metálico extremadamente frío (la criosonda) sobre el cuello uterino y en congelar su superficie con dióxido de carbono (CO₂) u óxido nitroso (N₂O). La criosonda se aplica dos veces sobre el cuello del útero, tres minutos cada vez, con cinco minutos de descongelación entre cada aplicación (técnica de doble congelación). Es necesario disponer de un suministro continuo de dióxido de carbono u óxido nitroso. Es preferible la calidad medicinal ultraseca de gas, la más cara, pero se puede utilizar un gas de calidad industrial si éste se consigue localmente y su precio es razonable. La crioterapia es un método de tratamiento extremadamente eficaz de lesiones pequeñas, pero cuando las lesiones son mayores, la tasa de curación es inferior al 80%. Como la región del cuello uterino que se congela tiene muy pocas terminaciones nerviosas, la criocirugía normalmente apenas se asocia con un malestar o dolor de tipo cólico ligero. Por consiguiente, se puede practicar sin anestesia.



Crioterapia

Dispensadores

La crioterapia se puede llevar a cabo en todos los niveles del sistema sanitario y pueden practicarla una gran variedad de dispensadores competentes (médicos, enfermeras, parteras) expertos en la exploración ginecológica y en la crioterapia como procedimiento ambulatorio.

Indicaciones y criterios de exclusión

Criterios de elección	Criterios de exclusión
• La prueba de detección de precáncer cervicouterino dio un resultado positivo • La lesión es suficientemente pequeña para ser cubierta por la criosonda sin sobrepasar en más de 2 mm el borde de la criosonda • La lesión y todos sus bordes son perfectamente visibles y no se extienden al interior del endocérvix ni a la pared vaginal	• Indicios o sospecha de displasia glandular o de enfermedad invasora • La lesión sobrepasa en más de 2 mm el borde de la criosonda • Embarazo • Infección genital femenina (hasta su tratamiento) • Menstruo abundante

Escisión electroquirúrgica con asa (LEEP)

La escisión electroquirúrgica con asa (LEEP), también conocida como «exéresis con asa grande de la zona de transformación» (LLETZ), es la extirpación de las zonas anómalas del cuello uterino mediante un alambre delgado y caliente. Para ello se necesita una unidad electroquirúrgica que genera un voltaje reducido y constante y lo trasmite a un dispositivo dotado de un asa de alambre, que es el instrumento que se utiliza para extirpar el tejido enfermo. Las asas son de un alambre de tungsteno o de acero inoxidable muy delgado y tienen formas y tamaños diversos. El asa puede escindir y coagular al mismo tiempo. La escisión electroquirúrgica con asa tiene como finalidad eliminar tanto la lesión como la zona de transformación completa. El tejido extraído puede enviarse al laboratorio de histopatología para su examen, lo cual permite determinar la extensión de la lesión. Así pues, la escisión electroquirúrgica con asa cumple un doble propósito: el tratamiento de la lesión y, al mismo tiempo, la obtención de una pieza de tejido para el examen anatomopatológico. El procedimiento tiene asimismo la ventaja de que se puede efectuar bajo anestesia local en régimen ambulatorio. Permite erradicar el precáncer en más del 90% de los casos. El tratamiento fracasa (es decir, se observan lesiones persistentes al sexto o duodécimo mes de seguimiento) en menos del 10% de las mujeres.



Dispensadores

Si bien la escisión electroquirúrgica con asa es una intervención quirúrgica relativamente sencilla, solamente debería practicarla un profesional formado y de probada competencia en el procedimiento, capaz de reconocer y solucionar las complicaciones intraoperatorias y posoperatorias tales como la hemorragia. Lo ideal es practicar la escisión electroquirúrgica con asa en un establecimiento que disponga del apoyo necesario para resolver los problemas que puedan surgir. En la mayor parte de los países de escasos recursos, ello hará que la escisión electroquirúrgica con asa se circunscriba a establecimientos del segundo nivel (hospitales comarcales)

Indicaciones y criterios de exclusión

Criterios de elección	Criterios de exclusión
• La prueba diagnóstica de precáncer dio un resultado positivo • La lesión se extiende menos de 1 cm dentro del conducto endocervical	• Sospecha de displasia glandular o de cáncer invasor • La lesión se extiende más de 1 cm en el interior del conducto cervical o su extremo distal o superior no es visible (estas lesiones se tratan mediante conización con bisturí) • Infección cervicouterina o infección genital femenina (hasta su tratamiento o resolución) • Embarazo o parto en las últimas 12 semanas • Trastornos hemorrágicos

Conización con bisturí

La conización con bisturí es la extirpación de una porción cónica del cuello del útero, formada por una parte externa (el exocérnix) y una parte interna (el endocérnix) del cuello uterino (Figura 5.2). La conización se recomienda para tratar la displasia, cuando el tratamiento ambulatorio no es posible ni accesible, y para descartar la posibilidad de un cáncer cervicouterino invasor. Es una operación bastante amplia, que implica la ablación de una zona grande del cuello uterino con el bisturí y normalmente se hace bajo anestesia general o regional (raquídea o epidural). Dura menos de una hora. Se puede dar de alta a la paciente el mismo día o al día siguiente. Debido a los posibles efectos secundarios, la conización con bisturí debe reservarse para los casos que no puedan resolverse con crioterapia, ni mediante escisión electroquirúrgica con asa. La amplitud de la conización dependerá del tamaño de la lesión y de la probabilidad de



hallazgo de cáncer invasor. El deseo de la mujer de tener más hijos también se ha de tener en cuenta, pues la conización puede redundar en una estenosis o insuficiencia cervicouterina en algunas mujeres. El tejido extraído se envía al laboratorio de anatomía patológica para el diagnóstico histológico y para cerciorarse de que el tejido anómalo se ha extirpado por completo.

Figura 5.2 Zona del cuello uterino extirpada en la conización



Dispensadores

La conización con bisturí deben practicarla únicamente profesionales con conocimientos de cirugía en centros equipados para intervenciones quirúrgicas. Normalmente dichos profesionales son ginecólogos o cirujanos que han recibido la formación necesaria para llevar a cabo el procedimiento y reconocer y resolver las complicaciones.

Indicaciones y criterios de exclusión

Criterios de elección	Criterios de exclusión
• La prueba diagnóstica o de detección infunde sospechas de cáncer microinvasor • Neoplasia glandular endocervical • Legrado endocervical anómalo • Cribado positivo que evidencia la necesidad de llevar a cabo un procedimiento escisional, y no se pueden aplicar métodos ambulatorios tales como la escisión electroquirúrgica con asa • No existen contraindicaciones para aplicar la anestesia	• Cervicitis o infección genital femenina sin tratar • Embarazo o parto en las últimas 12 semanas • Cáncer invasor evidente

Tratamiento de las complicaciones

La hemorragia es la complicación más frecuente tras la conización con bisturí; puede ocurrir inmediatamente después (hemorragia primaria) o hasta 14 días después del procedimiento (hemorragia secundaria). En cualquier caso, la paciente debe regresar al centro quirúrgico. La hemorragia secundaria suele relacionarse con una infección local y se deben tomar medidas para detenerla, además de prescribir un tratamiento antibiótico.



Tabla: 5.1 Comparación de la crioterapia, la escisión electroquirúrgica con asa y la conización con bisturí

	Crioterapia	Escisión electroquirúrgica con asa	Conización con bisturí
Ventajas	• Tasa de curación elevada (de entre el 86% y el 95%) cuando la lesión es pequeña • Material sencillo y relativamente barato • Pueden practicarla médicos y profesionales sanitarios con la debida competencia y formación. La formación dura algunos días • Se puede realizar como procedimiento ambulatorio en un establecimiento de atención primaria de salud • Es rápida (lleva unos 15 minutos con el método de doble congelación) • No requiere anestesia • No requiere electricidad • Las complicaciones o los efectos secundarios son inhabituales	• Tasa de curación elevada (de entre el 91% y el 98%) • Se obtiene una pieza solvente para el examen histológico, lo cual permite descartar la posibilidad de una enfermedad invasora • Pocas complicaciones • Se puede realizar de forma ambulatoria en el nivel secundario del sistema sanitario • Rápida (lleva entre 5 y 10 minutos) y técnicamente sencilla de efectuar • En el método de «visualización y tratamiento» se puede ofrecer diagnóstico y tratamiento a la par, ampliando al máximo la cobertura terapéutica	• Extremadamente eficaz (tasa de curación de entre el 90% y el 94%) • Se extirpa una pieza quirúrgica única, sin bordes «quemados», lo cual facilita la evaluación de los márgenes a efectos de la ablación completa de la zona enferma
Desventajas	• Menos eficaz si la lesión es grande (tasas de curación inferiores al 80% al año) • No se dispone de una pieza de tejido para el examen histológico • Requiere el suministro continuo de dióxido de carbono u óxido nitroso • Produce un exudado seroso profuso y prolongado	• Exige una formación intensiva • Hemorragia posquirúrgica en menos del 2% de las mujeres tratadas • Se necesita un equipo más complejo • Requiere electricidad • Requiere anestesia local	• Requiere hospitalización y un quirófano • Requiere anestesia raquídea o general • Requiere personal extremadamente competente • Pueden surgir complicaciones, como hemorragia, infección, estenosis e insuficiencia cervicouterina con posible disminución de la fertilidad

El método de «cribado y tratamiento»

En ausencia de capacidad para efectuar el diagnóstico del tejido mediante colposcopia e histología, tal vez convenga administrar tratamiento en función de los resultados del cribado solo, especialmente en los entornos de escasos recursos. En el método de cribado y tratamiento, las pruebas de detección pueden ser desde pruebas visuales hasta pruebas citológicas o de HPV. Con las pruebas de detección que proporcionan resultados inmediatos, como la IVA y la IVL, se puede proceder al cribado y tratamiento el mismo día de la consulta en el hospital. No obstante, podría ser necesaria una segunda consulta en las circunstancias siguientes:

- la paciente está menstruando abundantemente, está embarazada o padece una infección genital femenina que exige tratamiento;
- la terapia disponible no es adecuada para la lesión;
- el tratamiento no puede administrarse en ese sitio y la paciente debe ser derivada a otro establecimiento;
- la cliente prefiere consultar con su pareja antes de proceder al tratamiento;
- la cliente debe ser objeto de una evaluación adicional.

Los estudios y los ensayos piloto en los que se utilizó el método de cribado y tratamiento se han centrado principalmente en el uso de pruebas visuales para la detección y de la crioterapia como método de tratamiento debido a las ventajas que presenta el enfoque de una única consulta, que puede descentralizarse al nivel de atención primaria. En el Anexo 4C se proporciona un esquema de dicho enfoque. Vale la pena recalcar que todavía se desconoce el impacto del método de cribado y tratamiento sobre la incidencia del cáncer cervicouterino invasor y la mortalidad asociada. Por eso mismo, si dicho enfoque se pone en práctica en algún país, se ha de efectuar una vigilancia y evaluación cautelosas.



Ventajas y desventajas del enfoque de cribado y tratamiento

5

Capítulo 5. Diagnóstico y tratamiento del precáncer

Ventajas	Limitations
• La infraestructura y el equipo son más sencillos y baratos, y se practica en un nivel asistencial inferior • El enfoque de una sola consulta disminuye la indisponibilidad a efectos del seguimiento y el tratamiento, y a su vez alivia la tarea de localizar y contactar a las mujeres • Supone una menor molestia para las mujeres debido al menor número de consultas • Goza de gran aceptabilidad entre las mujeres y los dispensadores	• Aún se desconoce el impacto sobre la incidencia del cáncer cervicouterino y la mortalidad conexas • Importantes problemas éticos y de utilización de recursos, como son los tratamientos innecesarios o insuficientes¹³ • No se dispone de una muestra para evaluación ulterior, salvo si se toma una biopsia antes del tratamiento

¹³ Por «tratamiento innecesario» se entiende la administración de terapia a mujeres que no están enfermas. Si la especificidad de la IVA es del 85%, cerca del 15% de las mujeres que han sido objeto de una prueba de detección recibirán tratamiento sobre la base de resultados positivos falsos, lo cual constituye un despilfarro de recursos y aumenta la exposición a posibles riesgos y efectos secundarios. Se habla de «tratamiento insuficiente» cuando se administra crioterapia a mujeres que padecen una enfermedad invasora o una enfermedad localizada en el conducto del cuello uterino, por ejemplo.

SEGUIMIENTO DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

Entre dos y seis semanas después del tratamiento es necesario que la mujer vuelva para la consulta de revisión. La consulta debe comprender los elementos siguientes:

- una exploración ginecológica para tener la seguridad de que el cuello uterino sana correctamente;
- orientación en la que se insistirá en la necesidad de seguimiento regular;
- exposición de los resultados de histopatología (en el caso de la escisión electroquirúrgica con asa y la conización).

Si se ha eliminado toda la lesión, es necesario que la paciente vuelva para consultas de revisión adicionales a los seis y doce meses. Si los márgenes han dado resultados positivos (de precáncer) tras la escisión electroquirúrgica con asa o conización con bisturí, se debe comunicar a la paciente que necesita un seguimiento atento y probablemente también un tratamiento adicional.

Las consultas de revisión posteriores a los seis y 12 meses deben incluir lo siguiente:

- una prueba de detección y, si fuera posible, la colposcopia y la biopsia dirigida de cualesquiera lesiones persistentes;
- si no se observan anomalías en las dos primeras consultas de revisión, las pacientes tratadas a causa de una CIN 1 o CIN 2 pueden volver al programa de cribado normal. Las pacientes que recibieron tratamiento a causa de una CIN 3 deben repetir la prueba de detección una vez al año durante cinco años y luego deben volver al programa de cribado normal (véase el Anexo 5);
- si la lesión progresa o persiste, es necesario repetir el tratamiento.



Precáncer en el esquema

ACTIVIDADES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS EN LOS DISTINTOS NIVELES

5

Capítulo 5. Diagnóstico y tratamiento del precáncer

En la comunidad



- Apoyar a las mujeres que han recibido tratamiento fomentando la abstinencia de realizar el coito o el uso de preservativos, prestando ayuda para eliminar los tapones de gasa de la vagina, indagando acerca de los síntomas de complicaciones y actuando en consecuencia.
- Suministrar preservativos a todas las mujeres. Enseñar el uso metódico y correcto de los mismos.
- Ponerse en contacto con el centro sanitario si la paciente hace preguntas que el agente de salud no puede responder o si a éste le inquieta el estado de la paciente.
- Archivar la documentación y visitar a las mujeres para recordarles que deben regresar al centro sanitario a efectos del seguimiento.
- Localizar a las mujeres que no acudieron a la consulta de seguimiento, a petición de los dispensadores del centro sanitario.

En el centro sanitario



- Llevar a cabo una colposcopia, biopsia o crioterapia, siempre que los dispensadores tengan la formación necesaria y dispongan del equipo debido.
- Derivar a las mujeres que necesitan tratamiento adicional al hospital comarcal.
- Prestar asistencia durante el seguimiento de urgencia o normal a las mujeres que han recibido tratamiento en el centro sanitario y el hospital comarcal.
- Permanecer en comunicación con el hospital comarcal y los agentes de salud de la comunidad.
- Formar y supervisar a los agentes de salud de la comunidad que efectúan visitas a domicilio, darles apoyo y proveer material.
- En colaboración con los agentes de salud de la comunidad, localizar a las mujeres que no volvieron al centro en el plazo previsto.

En el hospital comarcal



- Tratar a las mujeres remitidas por el centro sanitario (con vistas al diagnóstico y el tratamiento) y orientar a las mujeres sobre el seguimiento.
- Derivar a las mujeres con enfermedad invasora o complicaciones que exigen mayores conocimientos al hospital central.
- Colaborar durante la formación y la supervisión de los agentes de salud de la comunidad y del personal del centro sanitario.
- Mantener una comunicación bidireccional con el personal del centro sanitario.

En el hospital central



- Mantener servicios de calidad óptima en el laboratorio de histopatología.
- Tratar a las mujeres remitidas por los niveles asistenciales inferiores.
- Formar y supervisar a los agentes de salud en los niveles inferiores.
- Mantener el diálogo con los niveles inferiores acerca de la mujer remitida y de su tratamiento y seguimiento.

Mensajes de orientación

En el caso de las mujeres que recibirán tratamiento en su nivel:

- Explique las opciones terapéuticas.
- Detalle los procedimientos que probablemente necesitan y dónde se llevan a cabo.
- Obtenga el consentimiento informado.
- Explique qué seguimiento se necesita.

En el caso de las mujeres que son remitidas a un nivel distinto a efectos diagnósticos o terapéuticos o por causa de complicaciones

- Explique el motivo de la derivación, la fecha de la misma y el lugar al que deben acudir.
- Dígalas que pueden acudir a usted si tienen dudas o inquietudes.
- Instrúyalas acerca de los cuidados personales y los síntomas de las complicaciones y aconséjeles cómo proceder si padecen algún síntoma.

Recomiende a todas las mujeres el uso de preservativos, enséñeles a utilizarlos (a ellas y sus parejas) y proporciónales preservativos.

RECURSOS ADICIONALES

- ACCP. *Effectiveness, safety, and acceptability of cryotherapy. A systematic literature review*. Seattle, WA, Alliance for Cervical Cancer Prevention, 2003 (Cervical Cancer Prevention Issues in Depth, No.1).
- McIntosh N, Blumenthal P, Blouse A, eds. *Cervical cancer prevention: guidelines for low-resource settings*. Baltimore, MD, JHPIEGO, 2001.
- Sellors JW, Sankaranarayanan R. *Colposcopy and treatment of cervical intraepithelial neoplasia: a beginners' manual*. Lyon, IARCPress, 2003.
- OMS. *Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo. Una guía para la práctica básica*. Ginebra, 2005.
- Wright TC, Richart RM, Ferenczy, A. *Electrosurgery for HPV-related diseases of the lower genital tract. A practical handbook for diagnosis and treatment by loop electrosurgical excision and fulguration procedures*. Quebec, Arthur Vision Inc., 1992.

HOJA PRÁCTICA 11: COLPOSCOPIA, BIOPSIA EN SACABOCADOS Y LEGRADO ENDOCERVICAL

HP 11

Hoja Práctica 11: Colposcopia, biopsia en sacabocados y legrado endocervical

¿QUÉ SON LA COLPOSCOPIA Y LA BIOPSIA?

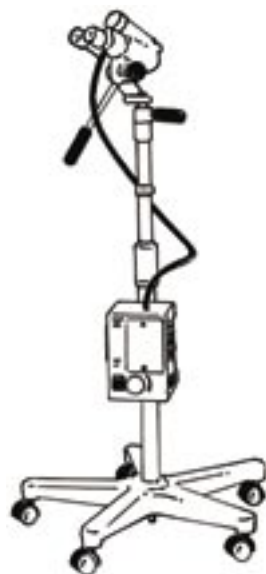
La colposcopia es la utilización del colposcopio (Figura HP11.1) —un instrumento que proporciona aumento y luz intensa— para observar el cuello uterino. La biopsia es la extracción de una pequeña muestra de tejido de las zonas anómalas del cuello uterino con pinzas para biopsia. La biopsia puede provocar un malestar o dolor de tipo cólico ligero. También se puede practicar un legrado endocervical (LEC) para obtener una muestra de células del interior del conducto cervical. Ello puede producir un dolor de tipo cólico, pero no agudo, y en ocasiones induce una reacción vasovagal.¹⁴

Para efectuar la colposcopia, la biopsia y el legrado endocervical es necesario disponer del instrumental y el material siguientes:

Figura HP11.1 Colposcopia

- espéculo vaginal desinfectado en grado extremo y espéculo endocervical estéril;
- solución salina isotónica;
- ácido acético al 3%-5%;
- colposcopio;
- pasta de Monsel;
- pinzas para biopsia en sacabocados;
- legra endocervical;
- pinzas de anillo;
- hisopos de algodón;
- frascos para muestras con formol al 10% en su interior
- lápiz y etiquetas.

El instrumental básico para el tacto vaginal se detalla en la Hoja Práctica 7.



¹⁴ En ocasiones, durante el LEC, la paciente puede experimentar una reacción vasovagal, que en general es pasajera. Si persiste, eleve las piernas de la paciente y bájele la cabeza.

REALIZACIÓN DE LA COLPOSCOPIA, LA BIOPSIA Y EL LEGRADO ENDOCERVICAL

Preparación

1. Explique el procedimiento, lo que las pruebas pueden indicar y por qué es importante regresar para someterse a un tratamiento adicional como se solicitó. Compruebe que la paciente lo haya entendido y obtenga el consentimiento informado.
2. Muestre el colposcopio a la paciente y la forma en que lo utilizará para examinarla.
3. Prepare a la paciente para la exploración ginecológica y realice un examen con espéculo (véase la Hoja Práctica 7).
4. Verifique que el fondo de saco posterior (el espacio vaginal que rodea al exocérnix) esté seco.

Procedimiento

5. Anuncie a la paciente lo que usted hará en cada etapa y prevéngala antes de efectuar cualquier maniobra que pueda causarle cólicos o dolor.
6. Inspeccione el cuello uterino con un objetivo de poco aumento (de 5x a 10x) en busca de cualquier zona evidente de anormalidad (por ejemplo, leucoplasia, condilomas). Identifique la zona de transformación y las uniones escamoso-cilíndricas original y nueva. Si fuera procedente, o en caso de que no sea visible la unión escamoso-cilíndrica en su totalidad, se puede examinar el conducto endocervical con un espéculo. Si aún así no pudiera verse por completo la unión escamoso-cilíndrica, se considera que la colposcopia es inadecuada o insatisfactoria y hay que practicar un legrado endocervical (véase la etapa 12).
7. Aplique un poco de solución salina sobre el cuello del útero. Inspeccione el cuello con un filtro verde y un objetivo de aumento 15, observe cualquier pauta vascular anómala.
8. Advierta a la paciente que puede sentir una sensación de escozor leve y aplique ácido acético.¹⁵ Espere uno o dos minutos hasta que se produzca el cambio de color. Observe cualquier modificación en el aspecto del cuello uterino. Preste una

¹⁵ A veces se aplica solución yodada de Lugol tras el ácido acético para ayudar a identificar la lesión. Sin embargo, ello no siempre es posible en lugares de escasos recursos. Más aún, no se recomienda el uso habitual de la solución yodada de Lugol, ya que altas concentraciones pueden provocar artefactos histológicos en la biopsia.

especial atención a las anomalías que se encuentren cerca de la unión escamoso-cilíndrica.

9. Combine los resultados de las pruebas de solución salina y ácido acético para hacer la evaluación colposcópica.
10. Prevenga a la mujer de que va a tomarle una biopsia del cuello uterino, lo cual puede producir cierto dolor de tipo cólico.
11. Tome biopsias cervicouterinas de las zonas más anómalas y coloque separadamente las piezas de tejido en frascos rotulados que contienen formol.
12. Si fuera necesario, efectúe un legrado endocervical. Sostenga la legra como si fuera un lápiz y raspe el interior del conducto cervical mediante trazos cortos y firmes hasta que haya tomado muestras de todo el conducto. Mantenga la legra dentro del conducto durante todo el procedimiento. Al final, retire la legra, coloque el legrado sobre una gasa o papel de estraza y sumérjalo inmediatamente en formol al 10%.
13. En caso de hemorragia activa, aplique un poco de pasta de Monsel sobre las zonas hemorrágicas.
14. Retire el colposcopio y saque delicadamente el espéculo.



Pasta de Monsel

Después del procedimiento

15. Explique lo que ha visto y, si tomó biopsias o legrados endocervicales, lo que éstos pueden revelar.
16. Oriente a la mujer acerca de cómo debe cuidarse cuando vuelva a casa:
 - a. Que no practique el coito hasta que el exudado o la hemorragia hayan desaparecido. Si ello no fuera posible, entonces que use preservativos.
 - b. Que no se introduzca nada en la vagina por espacio de 3 o 4 días.
 - c. Póngala al tanto de los signos y síntomas de las complicaciones: hemorragia activa, dolor en la parte inferior del abdomen o cólico agudo, exudado purulento, fiebre. Si la mujer padece cualquiera de tales manifestaciones, entonces que vuelva al centro o acuda al hospital.
17. Proporcione preservativos y enséñele a utilizarlos.



Preservativos

HP 11

18. Concierte la fecha para la consulta siguiente. Los resultados analíticos deberían estar listos en dos o tres semanas, de modo que la consulta de seguimiento debería tener lugar dos o tres semanas después de la colposcopia.
19. Especifique la fecha en que se dispondrá de los resultados y la importancia de regresar al consultorio por ellos.
20. Deje constancia escrita de los resultados. Use formularios adecuados para registrar la evaluación colposcópica.
21. Envíe las biopsias y los legrados rotulados al laboratorio.
22. Si observa algo que no pueda resolver, derive inmediatamente a la mujer al nivel asistencial superior para efectuar pruebas o exámenes adicionales

Seguimiento (2 a 3 semanas después de la colposcopia)

23. Explique el contenido del informe del laboratorio.
24. Aconseje a la paciente el seguimiento que necesita en función de los resultados. Aplique las directrices nacionales o, si no dispone de ellas, utilice el esquema del Anexo 5 para informar a la mujer acerca del diagnóstico y el plan terapéutico recomendado.
25. Haga una exploración ginecológica y observe si hay signos de curación.
26. Derive a la mujer para que le administren el tratamiento necesario o concierte la cita para la próxima consulta.



Precáncer en el esquema

Su tarea no habrá terminado hasta que no analice el informe de histopatología con la paciente y establezca el plan terapéutico.

HOJA PRÁCTICA 12: CRIOTERAPIA

HP 12

Hoja Práctica 12: Crioterapia

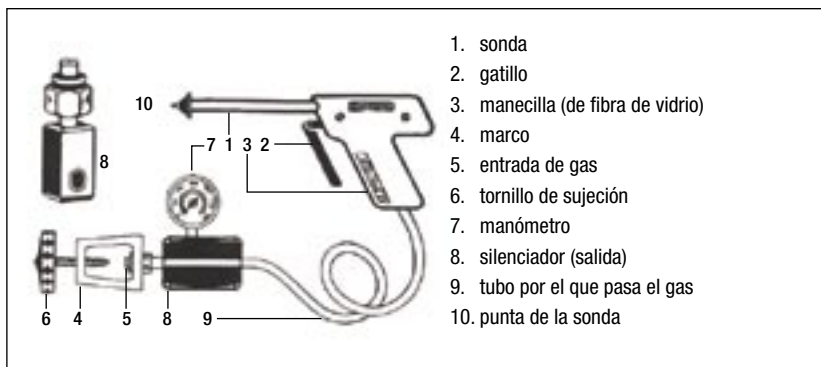
La crioterapia es la congelación de las zonas anómalas del cuello uterino mediante la aplicación de un disco muy frío sobre ellas. Dura solamente unos minutos y por lo general causa solamente un dolor de tipo cólico ligero.

Para practicar la crioterapia es necesario disponer del material e instrumental siguientes:

- espéculo, desinfectado en grado extremo (no necesariamente estéril);
- guantes de exploración desinfectados en grado extremo o desechables (no necesariamente estériles);
- hisopos de algodón para frotar el cuello del útero;
- solución salina isotónica;
- colposcopio, si ha previsto utilizarlo en dicha ocasión;
- unidad de criocirugía con una fuente de gas adecuada (Figura HP12.1);

El equipo básico para efectuar la exploración ginecológica se detalla en la HP7.

Figura HP12.1 Componentes del equipo de crioterapia



Fuente: Sellors JW, Sankaranarayanan R. *La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical*. Manual para principiantes. Lyon, IARC Press, 2002.

HP 12

REALIZACIÓN DE LA CRIOTERAPIA**Antes del procedimiento**

1. Explique el procedimiento y por qué es importante regresar por el tratamiento adicional como se solicitó. Compruebe que la mujer lo haya entendido y obtenga el consentimiento informado.
2. Muéstrelle el material de crioterapia y explíquelo cómo lo utilizará para congelar las zonas anómalas del cuello uterino.
3. Prepare a la paciente para la exploración ginecológica y efectúe un examen con espéculo (véase la Hoja Práctica 7).
4. Si no hay signos de infección, proceda con la crioterapia.
5. Si hay signos de infección cervicouterina, proporcione tratamiento como se indica en el Anexo 8. Luego, puede proceder con la crioterapia o dar cita a la paciente para que vuelva cuando la infección sane.



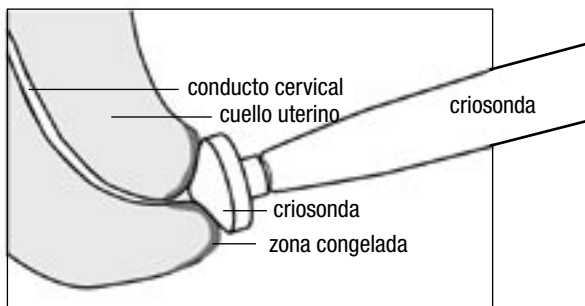
HP6 Consentimiento informado
HP7 Exploración ginecológica

Procedimiento

6. Pase un hisopo de algodón embebido en solución salina por el cuello del útero y aguarde unos minutos.
7. Aplique ácido acético para demarcar la anomalía y aguarde nuevamente unos minutos.
8. Dígame a la mujer que puede sentir un malestar o dolor de tipo cólico ligero en el momento en que usted congele su cuello uterino.¹⁶
9. Limpie la superficie de la criosonda con solución salina para maximizar la eficacia.
10. Aplique la punta de la criosonda en el centro del orificio del útero y asegúrese de que la sonda cubra adecuadamente la lesión (Figura HP12.2). Si la lesión sobrepasa en más de 2 mm el borde de la sonda, interrumpa el procedimiento. Explique a la mujer el motivo de la interrupción y cuál es la alternativa.
11. Asegúrese de que la pared vaginal no entre en contacto con la criosonda, pues de lo contrario podría causar una lesión por congelación en la vagina.
12. Regule el temporizador y suelte el gatillo de gas para enfriar la sonda.
13. Observará la formación de hielo en la punta de la criosonda y la superficie del exocérvis (Figura HP12.2). La congelación es adecuada cuando el área congelada sobrepasa en 4 o 5 mm el borde de la criosonda.

¹⁶ En algunos casos, la paciente puede sufrir una reacción vasovagal, con aumento del ritmo cardíaco y caída de la tensión arterial. Si esto sucede, interrumpa el tratamiento de inmediato y eleve lo más posible las piernas de la paciente.

Figura HP12.2 Posición de la criosonda en el cuello uterino y formación de hielo



14. Deje transcurrir dos ciclos de congelación y una descongelación en este orden: primero 3 minutos de congelación, seguido por 5 minutos de descongelación, y luego otros 3 minutos de congelación.
15. En cuanto finalice la segunda congelación, aguarde un momento hasta que la sonda se descongele antes de retirarla del cuello. Si la retira antes de que se descongele por completo arrancará tejido del cuello uterino.
16. Gire delicadamente la sonda sobre el cuello para retirarla. La zona congelada aparecerá de color blanco.
17. Observe si el cuello uterino sangra. Si así fuera, aplique un poco de pasta de Monsel.
18. No introduzca gasa en la vagina.
19. Quite el espéculo.



Pasta de Monsel

Después del procedimiento

20. Suministre una toalla higiénica.
21. Indíquelo a la mujer que se abstenga de practicar el coito y que no use tampones vaginales durante cuatro semanas hasta que el exudado se haya detenido completamente. Ello se hace para evitar la infección.
22. Proporciónale preservativos para que los utilice en caso de que no pueda abstenerse de practicar el coito como se le indicó. Enséñele a utilizarlos.
23. Invítela a volver al cabo de dos o seis semanas para comprobar la curación y de nuevo a los seis meses para repetir la prueba de Papanicolaou y posiblemente la colposcopia.



Preservativos

HP 12

24. Póngala al corriente de las complicaciones posibles y pídale que regrese de inmediato si la mujer nota:
 - a. fiebre alta (más de 38 °C de temperatura) o escalofríos violentos;
 - b. dolor agudo en la parte inferior del abdomen;
 - c. exudado fétido o purulento;
 - d. hemorragia de más de dos días de duración o hemorragia con coágulos.
25. Limpie y desinfecte la criosonda y descontamine el crioaplicador, la tubería, el manómetro y el tanque de gas:¹⁷
 - a. descontamine la unidad de crioterapia, la manguera y el regulador limpiándolos con alcohol;
 - b. lave la punta de la criosonda y la mangueta de plástico con agua y jabón hasta que estén visiblemente limpias;
 - c. enjuague la punta de la criosonda y la mangueta de plástico con abundante agua limpia;
 - d. someta a desinfección extrema (DGE) la punta de la criosonda y la mangueta de plástico por medio de uno de los métodos siguientes:
 - hervor en agua durante 20 minutos, o
 - vapor durante 20 minutos, o
 - inmersión en solución desinfectante (por ejemplo, solución de cloro al 0,1% o de glutaral al 2-4%) durante 20 minutos y enjuague posterior en agua hervida;
 - e. es imprescindible que la parte hueca de la punta de la criosonda esté completamente seca cuando se vuelva a utilizar, de lo contrario se congelará el agua y se partirá la sonda o el tratamiento no será eficaz;
 - f. utilice un capuchón de goma para sellar la parte hueca de la criosonda durante el proceso, o seque a fondo la criosonda antes de volver a utilizarla;
 - g. si no puede aplicar ninguno de los métodos de desinfección en grado extremo, se pueden desinfectar la punta de la criosonda y la mangueta sumergiéndolas en isopropanol o etanol al 70-90% durante 20 minutos. Déjelas secar al aire y luego vuelva a ensamblarlas.

Seguimiento

26. Dos a seis semanas después de la crioterapia realice una exploración ginecológica para verificar la curación.
27. A los seis y doce meses, efectúe una prueba de Papanicolaou y una colposcopia y tome una biopsia si fuera necesario. El seguimiento se describe en el Anexo 5.



Precáncer en el esquema

¹⁷ El hielo bloquea algunos crioaplicadores. Esto puede evitarse apretando el botón de deshielo cada 20 segundos para limpiar el tubo. Una alternativa consiste en utilizar el acondicionador de gas para crioterapia desarrollado por PATH.

HOJA PRÁCTICA 13: ESCISIÓN ELECTROQUIRÚRGICA CON ASA (LEEP)

HP 13

Hoja Práctica 13: Escisión electroquirúrgica con asa (LEEP)

La escisión electroquirúrgica con asa es la extirpación de las zonas anómalas del cuello uterino mediante un alambre delgado calentado con electricidad. Resulta eficaz para curar el precáncer en 9 de cada 10 mujeres.

Para llevar a cabo la escisión electroquirúrgica con asa es necesario disponer del instrumental y el material siguientes:

- fuente de energía eléctrica fiable;
- generador electroquirúrgico y mango de electrodo;
- colposcopio;
- espéculo no conductor, preferiblemente con separadores laterales;
- electrodo de retorno;
- electrodos de alambre de tamaño diverso (Figura HP13.1);
- electrodo de bola/coagulador;
- evacuador de humo;
- pinzas;
- anestésico local: lidocaína al 1% o 2%, con o sin epinefrina 1:100 000;
- jeringuillas de 5 ml con aguja larga de calibre 27;
- frascos con solución salina normal o con ácido acético al 5%;
- pasta de Monsel;
- hisopos grandes de algodón;
- agujas y material de sutura;
- recipientes para muestras, con formol al 10%.

El equipo básico para efectuar la exploración ginecológica se detalla en la HP 7.



Figura HP13.1 Distintos tipos y tamaños de electrodo

- (a) Electrodo de bola
- (b) Electrodo de asa cuadrada
- (c) Electrodo de asa semicircular

REALIZACIÓN DE LA ESCISIÓN ELECTROQUIRÚRGICA CON ASA

Antes del procedimiento

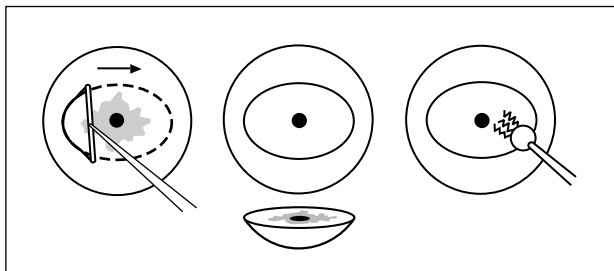
1. Explique el procedimiento y por qué es importante regresar por el tratamiento como se solicitó. Compruebe que la mujer lo haya entendido y obtenga el consentimiento informado.
2. Prepare a la paciente para la exploración ginecológica.
3. Fije el electrodo de retorno en la parte interna del muslo.
4. Introduzca el espéculo no conductor cubierto de un aislante eléctrico, o bien un espéculo normal recubierto de un preservativo de látex.
5. Observe el cuello del útero y fíjese si hay anomalías, por ejemplo, un exudado del orificio, inflamación, hemorragia o lesiones. Anote los hallazgos.
6. Si no hay signos de infección, siga adelante. Si nota signos de infección, suspenda el procedimiento y someta a un tratamiento completo a la paciente y su pareja antes de hacer un segundo intento.

Durante la escisión electroquirúrgica con asa¹⁸

7. Antes de cada etapa, explique a la mujer lo que hará y lo que ella podría sentir.
8. Pase un hisopo embebido en solución salina sobre el cuello uterino.
9. Aplique ácido acético al 5% y proceda a un examen con el colposcopio para determinar el emplazamiento y la extensión de la lesión.
10. Inyecte de 3 a 5 ml de un anestésico local (lidocaína al 1% o 2% con epinefrina 1:100 000 [para contener la hemorragia]), utilizando una aguja larga de calibre 27, justo por debajo del epitelio cervicouterino en las posiciones de las 12, 3, 6 y 9 horas del reloj (si la paciente tiene problemas cardíacos, use lidocaína sin epinefrina).
11. Elija el electrodo adecuado para extirpar la zona anómala por completo con un solo pase: en las mujeres nulíparas con lesiones pequeñas de bajo grado, use un electrodo de 1,5 cm de ancho y 0,5 cm de profundidad; en las mujeres multíparas con lesiones más grandes, utilice un electrodo de 2,0 cm de ancho por 0,8 cm de profundidad.
12. Ponga en marcha el sistema de aspiración al vacío y active el generador.
13. Extirpe la lesión: presione perpendicularmente el electrodo contra el tejido hasta una profundidad de unos 4 o 5 mm y muévelo lateralmente hasta atravesar el cuello de lado a lado de modo de obtener una media esfera de tejido con el conducto en el centro. No introduzca el electrodo a más de 5 mm de profundidad en las posiciones de las 3 y 9 horas del reloj, pues ello puede dañar las arterias del útero.

¹⁸ En algunos casos, la paciente puede sufrir una reacción vasovagal, con aumento del ritmo cardíaco y caída de la tensión arterial. Si esto ocurre, interrumpa el tratamiento de inmediato y eleve lo más posible las piernas de la paciente.

Figura HP13.2 LEEP de una lesión exocervical con un solo pase : corte de la lesión con un electrodo de alambre y fulguración con electrodo de bola



14. Se pueden hacer pases adicionales para escindir el tejido residual.
15. Junte todas las piezas de tejido con las pinzas, coloque las piezas en el frasco etiquetado con formol y envíelas al laboratorio de histopatología.
16. Realice un legrado endocervical y coloque el tejido obtenido en un frasco separado con formol.
17. Fulgure cualquier tejido hemorrágico de la base del cráter utilizando el electrodo de bola y corriente coagulante.
18. Aplique un poco de pasta de Monsel sobre la base del cráter para detener la hemorragia y retire el espéculo.



Anexo 9:
Pasta de Monsel

Después del procedimiento

19. Suministre una toalla higiénica.
20. Indíquelo a la mujer que se abstenga de practicar el coito durante 4 semanas como mínimo hasta que la hemorragia se haya detenido completamente. Con ello evitará la infección y la hemorragia abundante.
21. Proporcione preservativos para que los utilice en caso de que no pueda abstenerse de practicar el coito como se le indicó. Enséñele a utilizarlos.
22. Dígame que puede sentir un dolor leve o moderado por unos días; en tal caso, puede tomar ibuprofeno o paracetamol.
23. Explíquelo que quizás padezca una hemorragia muy leve y que notará un exudado sanguinolento por espacio de por lo menos un mes. En ese caso, puede utilizar toallitas higiénicas, pero no tampones.



Preservativos

HP 13

24. Indíquele la forma de cuidarse cuando regrese a su casa:
 - a. Que debe descansar y evitar el trabajo pesado durante varios días.
 - b. Que no se introduzca ningún objeto en la vagina.
25. Póngala al tanto de las posibles complicaciones y pídale que regrese de inmediato al servicio si la paciente nota:
 - a. fiebre alta (más de 38 °C de temperatura) o escalofríos violentos;
 - b. un dolor agudo en la parte inferior del abdomen;
 - c. un exudado fétido o purulento;
 - d. una hemorragia abundante o una hemorragia con coágulos.
26. Responda las preguntas de la paciente.
27. Recomiéndele que regrese al centro sanitario en unas dos a seis semanas para verificar la curación y recibir el informe del laboratorio.
28. Concierte una cita de seguimiento con la paciente.

Tratamiento de las complicaciones de la escisión electroquirúrgica con asa

Complicación	Tratamiento
Hemorragia durante el procedimiento: puede ser difusa o arterial	Hemorragia difusa: combine la presión con la coagulación mediante electrodo de bola. Hemorragia arterial: aplique con firmeza el electrodo de bola contra la fuente y use corriente coagulante.
Hemorragia después del procedimiento (ocurre en menos del 2% de los casos)	Elimine el coágulo sanguíneo, limpie con ácido acético al 5%, identifique la zona hemorrágica, anestesia con lidocaína y epinefrina. Si la hemorragia es ligera, aplique un poco de pasta de Monsel. Si la hemorragia es abundante, fulgure con el electrodo de bola de 5 mm o con un electrodo de macroaguja y corriente coagulante.
Infección después del procedimiento: exudado purulento, dolor, fiebre	Administre antibióticos, por ejemplo: • 400 mg de cefixima oral, dosis única, más • 100 mg de doxiciclina oral, dos veces por día durante 14 días, más • 400–500 mg de metronidazol oral, dos veces al día durante 14 días.

En la primera consulta de seguimiento (2-6 semanas))

29. Pregunte a la mujer cómo se siente y si tuvo algún problema desde que le practicaron la escisión electroquirúrgica con asa.
30. Analice el informe anatomopatológico y oriente a la paciente sobre los pasos a seguir en función del mismo.
31. Explore a la paciente para verificar la curación.
32. Concierte una cita para la próxima consulta.

A los 6 y 12 meses

33. Efectúe una prueba de Papanicolaou y una colposcopia, y tome una biopsia si fuera necesario. El seguimiento se lleva a cabo como se indica en el Anexo 5.



Precáncer en
el esquema

HP 13

Hoja Práctica 13: Escisión electroquirúrgica con asa (LEEP)

HOJA PRÁCTICA 14: CONIZACIÓN CON BISTURÍ

HP 14

Hoja Práctica 14: Conización con bisturí

La conización con bisturí es la extirpación quirúrgica de una porción cónica del cuello uterino. La debe realizar un especialista, y la paciente debe recibir anestésicos o sedantes. Esta Hoja Práctica se ha incluido para que el dispensador de atención primaria o secundaria pueda explicar el procedimiento a la paciente antes de su ingreso en el hospital y la ayude a recuperarse cuando vuelva a casa.

EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Suministre a la mujer toda la información que pueda sobre el procedimiento, la anestesia, los posibles efectos secundarios y las complicaciones de la intervención quirúrgica. La descripción siguiente le ayudará a responder cualquier pregunta que la paciente pueda plantear.

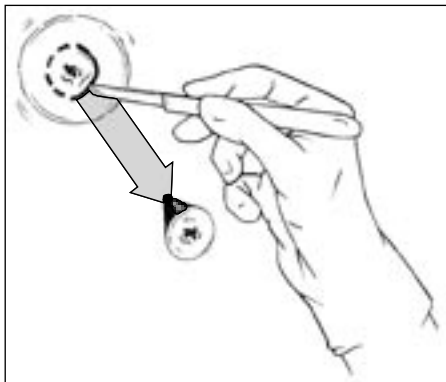
Antes de que la mujer acuda al hospital

1. El personal del hospital instruirá a la paciente acerca de los preparativos: la ropa que debe llevar consigo y los medicamentos que debe tomar de antemano. Le pedirán que no coma ni beba en las 8 horas que preceden a la intervención quirúrgica y que tome un baño antes de ir al hospital.

La operación

2. Se utilizará anestesia general o regional en la operación.
3. El cirujano introducirá un espéculo para visualizar el cuello del útero.
4. Se aplicará solución yodada para resaltar las zonas anómalas y se examinará el cuello uterino con el colposcopio.
5. Se inyectará una sustancia en el cuello del útero para reducir el riesgo de hemorragia abundante. Opcionalmente, el cirujano puede suturar las arterias pequeñas que irrigan la zona que se ha de extirpar.
6. Se eliminará una porción cónica del cuello uterino, incluido el conducto endocervical, utilizando un bisturí especial (Figura HP14.1). El tejido extirpado se colocará en un frasco con formol y se enviará al laboratorio, tras anotar los hallazgos en la hoja de histología.

Figura PS14.1 Extracción de una porción cónica del cuello uterino



7. Una vez eliminado el cono, la base del cráter (la zona del cuello uterino que quedó tras la escisión) será cauterizada con un cauterio de bola.
8. Se contendrá la hemorragia activa ejerciendo presión con bolas de algodón y mediante la aplicación de un poco de pasta de Monsel, o por cauterización con el cauterio de bola.
9. Se puede introducir un tapón de gasa en la vagina para que ejerza presión y contenga la hemorragia (salvo si se ha utilizado la pasta de Monsel, en cuyo caso no se introduce el tapón de gasa).



Pasta de Monsel

Justo después de la operación

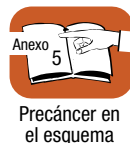
10. Después de la operación, el personal del hospital monitorizará a la paciente en la sala de reanimación posquirúrgica. En cuanto la paciente se despierte, la trasladarán a una cama convencional hasta que se restablezca por completo.
11. Si la paciente se siente bien, no padece ninguna hemorragia importante y vive cerca del hospital, le darán el alta en unas horas. Si la paciente no puede volver a casa ese día, le darán de alta al día siguiente, siempre que no hayan surgido complicaciones.
12. Se indicará a la mujer y su pareja que se abstengan de practicar el coito por espacio de seis semanas después de la operación, para que la región del cuello herida tenga oportunidad de cicatrizar.

En la primera consulta de seguimiento (2–6 semanas)

13. Se hará un examen con espéculo para determinar si la herida ha cicatrizado por completo.
14. Se analizarán los resultados del laboratorio y se decidirán los pasos a seguir.
15. Se solicitará a la paciente que regrese a los seis y doce meses para la revisión.

A los seis y doce meses

16. Se hará una prueba de Papanicolaou y una colposcopia, así como una biopsia si fuera necesario. Luego, se iniciará el seguimiento de la paciente como se describe en el Anexo 5.

**SEGUIMIENTO EN EL DOMICILIO**

Antes de que la mujer abandone el hospital, la orientarán sobre la forma en que debe cuidarse y los síntomas de las complicaciones que requieren atención. Usted puede ayudarla reforzando dicha orientación.

1. Si el tapón de gasa se ha dejado en la vagina, hay que retirarlo en un plazo de seis a doce horas para evitar la infección. Si algún dispensador de atención sanitaria local puede hacerlo, entonces dicha persona puede ayudar a la mujer.
2. Se recomienda reposo relativo por unos días. Durante las primeras tres semanas, la paciente no debe efectuar tareas pesadas. Puede desempeñar las actividades usuales de todos los días, por ejemplo, tareas domésticas livianas, bañarse, ducharse y comer.
3. Si la paciente siente algún malestar (que no sea un dolor agudo), entonces puede tomar paracetamol.
4. La mujer tendrá una herida oculta en la vagina, que necesitará como mínimo entre 4 y 6 semanas para cicatrizar. Para evitar la infección y permitir la cicatrización correcta, no debe introducirse ningún objeto en la vagina durante ese tiempo, tampoco los dedos ni tampones, y debe evitar tanto las duchas vaginales como practicar el coito (pero puede mantener relaciones íntimas de otras maneras). Si la mujer no puede abstenerse de practicar el coito, proporciónale preservativos y enséñele a utilizarlos (también a su pareja).
5. Asegúrese que la mujer sepa cuáles son los síntomas de las complicaciones (véanse a continuación) y dígame que debe acudir de inmediato al centro sanitario o al hospital si padece alguno de ellos.

6. Normalmente a la mujer le habrán dado cita para un reconocimiento médico en dos o seis semanas a fin de analizar los resultados del examen hístico y de que el cirujano la explore. Anímela a que no falte a la cita.

Complicación	Síntomas	Tratamiento
Infección	Dolor en la parte inferior del abdomen Exudado amarillento y fétido de la vagina	• Administre tratamiento contra la infección genital femenina
Hemorragia	Sangrado abundante de la vagina	• Examen con espéculo, elimine el coágulo de sangre, identifique las zonas hemorrágicas • Fulgure o cauterice la zona hemorrágica con el electrodo de bola • Aplique un poco de pasta de Monsel o introduzca un tapón con cinta de gasa



Tratamiento de la infección

6

CAPÍTULO 6: TRATAMIENTO DEL CÁNCER INVASOR

CAPÍTULO 6: TRATAMIENTO DEL CÁNCER INVASOR

Puntos clave

- Los dispensadores de atención sanitaria de todos los niveles deben conocer los síntomas y los signos habituales del cáncer cervicouterino. Si una mujer presenta tales síntomas, se procederá a una inspección visual del cuello uterino para determinar si es necesario realizar más pruebas.
- El estadio del cáncer es una medida de su progresión. Determina cómo se puede tratar y el probable desenlace.
- El cáncer cervicouterino invasor debe ser tratado por especialistas en establecimientos del nivel central.
- El tratamiento se lleva a cabo mediante cirugía o radioterapia, con o sin quimioterapia.
- El acceso al tratamiento mejora enormemente el pronóstico y las tasas de supervivencia.
- El tratamiento curativo es posible en cualquier estadio de la enfermedad, excepto en el más avanzado.
- La disponibilidad de una unidad de radioterapia básica (telerradioterapia y braquirradioterapia) puede permitir el tratamiento y el alivio eficaces en todos los casos de cáncer invasor.
- Los especialistas que diagnostican o tratan a las mujeres con cáncer cervicouterino deben escribir cartas de derivación claras al dispensador que esté más cerca del lugar de residencia de la paciente.
- Es necesario informar a las pacientes de que necesitarán seguimiento a largo plazo, así como mantener un contacto prolongado con la unidad oncológica donde han recibido tratamiento. Los dispensadores deben facilitarlos.

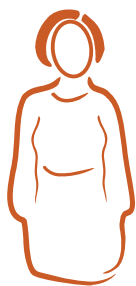
ACERCA DE ESTE CAPÍTULO

En aras del bienestar y la supervivencia de las mujeres con cáncer invasor es importante que a dichas mujeres las traten especialistas en establecimientos de atención terciaria. En este capítulo se describe la manera en que se estadifican los tumores malignos (para determinar la extensión de la enfermedad) y se ofrece el tratamiento específico recomendado en cada estadio de la enfermedad. También describe las funciones de los especialistas implicados en el tratamiento de la paciente.

PAPEL DEL DISPENSADOR DE ATENCIÓN SANITARIA

El dispensador de los niveles de atención primaria o secundaria de salud puede haber diagnosticado un cáncer invasor en la paciente y haberla derivado a un establecimiento

de atención terciaria. Este dispensador es responsable de establecer un vínculo entre el nivel de atención terciaria (donde se procede a la estadificación y el tratamiento del cáncer invasor) y la propia paciente, su familia y su comunidad. Este capítulo se ha concebido sobre todo para los dispensadores de los niveles primario y secundario, no tanto para los dispensadores del nivel terciario, para ayudarles a comprender de qué manera se trata el cáncer cervicouterino (de suerte que puedan explicarlo a la paciente y su familia) y a comunicarse con los cuidadores de los niveles terciario y comunitario. Además, los dispensadores serán responsables de la identificación y el tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones del tratamiento, así como de la remisión de la paciente de vuelta al establecimiento de tratamiento cuando sea necesario.



Historia

Betty, de 42 años, tiene 5 hijos. En los últimos 3 meses padeció oligometrorragia y hemorragias copiosas después del coito. El agente de salud de la comunidad les dijo a ella y su pareja que fuesen lo más pronto posible al servicio de ginecología de un hospital especializado. En el hospital la examinó el médico interno y observó una gran masa de aspecto fungoide en el fondo de la vagina, de la cual tomó una biopsia; también pidió un análisis de hemoglobina. Dado que se trataba probablemente de un

cáncer, Betty fue hospitalizada para una evaluación clínica conjunta al día siguiente, momento en que la examinaron varios médicos y detectaron la presencia de un tumor del cuello uterino. Tras examinar a la paciente, los médicos llegaron a la conclusión de que el tumor se había diseminado más allá del cuello uterino, pero que la paciente podría curarse. Le preguntaron si tenía síntomas urinarios, pero ella dijo que no. Se hizo una ecografía de los riñones y uréteres para ver si había obstrucción del flujo urinario y, como tales pruebas eran normales, le dijeron que el cáncer era de estadio IIB. Le ofrecieron tratamiento con radioterapia y le aseguraron que tenía muchas posibilidades de curarse. No obstante, dejaría de tener menstruaciones, empezaría a tener sofocos y ya no podría quedarse embarazada. Se les dijo, tanto a ella como a su pareja, que las mujeres tratadas con radioterapia pueden padecer molestias durante el coito, pero que les darían consejos al respecto llegado el caso. Les explicaron asimismo con claridad de qué manera se realizaría el tratamiento. Dado que sus análisis de sangre habían mostrado que padecía anemia, lo primero que recibió fue una transfusión. Posteriormente le administraron telerradioterapia diaria durante 5 semanas y, a partir de la tercera semana, braquiritradioterapia con tasa elevada de dosis hasta concluir 4 aplicaciones. Fue un tratamiento ambulatorio, para poder ocuparse de sus hijos. Sin embargo, casi al final del tratamiento se sintió muy cansada, así que la hospitalizaron algunos días. Su pareja e hijos mayores se ocuparon de las tareas domésticas, no sólo cuando ella estaba en el hospital, sino también durante las semanas siguientes, hasta que se recuperó.

DIAGNÓSTICO

Síntomas y signos del cáncer invasor

Los tumores malignos microinvasores pueden ser asintomáticos y tal vez sólo se detecten durante la investigación de un frotis anómalo de Papanicolau. Por otro lado, la mayoría de los casos de cáncer cervicouterino flagrantemente invasor llegan a conocimiento de los dispensadores y se diagnostican una vez que se vuelven sintomáticos (véase la Tabla 6.1). Si la mujer no mantiene relaciones sexuales, la enfermedad puede permanecer asintomática hasta que está bastante avanzada. La presentación clínica depende de los tipos de crecimiento y diseminación, tal y como se explica en el Capítulo 2. Es importante inquirir los síntomas a la paciente para tratarla óptimamente y aliviar el dolor.

Detección precoz del cáncer cervicouterino

Las mujeres pueden presentar uno o más de los siguientes síntomas: hemorragia irregular, hemorragia poscoital, hemorragia posmenopáusica, flujo vaginal persistente (en especial cuando no responde al tratamiento de los síndromes de la infección de transmisión sexual). En estas mujeres hay que realizar un examen con espéculo para visualizar el cuello uterino y biopsiar cualquier lesión visible. Si la mujer está embarazada, se la derivará a un especialista a efectos de la biopsia y el seguimiento.

Tabla 6.1. Síntomas del cáncer invasor

Precoz	• Flujo vaginal, a veces de olor fétido • Hemorragia irregular (de cualquier tipo) en mujeres en edad fecunda • Oligometrorragia o hemorragia poscoital en mujeres de cualquier edad, incluso jóvenes • Oligometrorragia o hemorragia posmenopáusica • En el caso de una hemorragia perimenopáusica anormal, se ha de considerar siempre la posibilidad de cáncer cervicouterino, en particular si la hemorragia no responde al tratamiento apropiado
Tardío	• Tenesmo vesical y polaquiuria • Dolor de espalda • Dolor en la zona inferior del abdomen
Muy tardío	• Dolor de espalda intenso. • Pérdida de peso. • Disminución del caudal urinario (por obstrucción de los uréteres o insuficiencia renal). • Pérdidas de orina o heces por la vagina (debido a fístulas). • Hinchazón de los miembros inferiores. • Disnea (debida a anemia o raramente a metástasis pulmonares o derrame pleural).

El diagnóstico definitivo de cáncer se confirma mediante el examen histopatológico de una muestra de tejido de la lesión y es obligatorio antes de iniciar cualquier tratamiento o incluso cualquier investigación extensa.

ESTADIFICACIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

La finalidad de la estadificación

Una vez establecido el diagnóstico histológico de cáncer cervicouterino, el siguiente paso consiste en concebir el tratamiento más eficaz para la mujer en cuestión. Para tratar como es debido el cáncer cervicouterino de la paciente, es indispensable entender el grado o «estado» de la enfermedad en el momento del diagnóstico. A pesar de que los sistemas de estadificación son hasta cierto punto artificiales, sirven de guía al clínico tanto para personalizar el tratamiento como para establecer el pronóstico.

Sistemas de estadificación del cáncer

Se utilizan diversos sistemas para la estadificación del cáncer. La clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), que se basa en el tamaño del tumor y el grado de diseminación de la enfermedad en la pelvis y órganos distantes, es la que se recomienda para la estadificación del cáncer cervicouterino invasor. El grado de proliferación del cáncer se evalúa clínicamente¹⁹ y se complementa con un número limitado de estudios relativamente poco complejos (véase la Tabla 6.2).

Una excepción a lo anterior es la estadificación de los tumores malignos invasores del cuello del útero, que se estadifican de acuerdo con criterios anatomopatológicos de la profundidad y la anchura de la lesión invasora con respecto al epitelio de origen (que puede ser escamoso o glandular).

¹⁹ Nota: en ocasiones se realiza una histerectomía por una causa no relacionada con la enfermedad cervicouterina y se encuentra cáncer cervicouterino de forma imprevista. Tales casos no se pueden estadificar clínicamente, pero deben tratarse de acuerdo con las características señaladas por el anatomopatólogo.

Tabla 6.2 Estudios para la estadificación y el tratamiento del cáncer cervicouterino según la FIGO

Obligatorios para la estadificación	Complementarios para la estadificación	Opcionales, para informar el tratamiento adicional y no para la estadificación
- Examen con espéculo, exploración vaginal y tacto rectal - Pielografía intravenosa (PIV) o - Ecografía abdominal	- Cistoscopia - Proctoscopia - Conización - Legrado o frotis endocervical - Radiografía de tórax - Radiografía o gammagrafía ósea (en caso de dolor óseo)	- Análisis de sangre para determinar VIH y sífilis, y hemograma - Tomografía axial computarizada (TAC) del abdomen y la pelvis - Imagen por resonancia magnética de la pelvis

En muchos entornos de escasos recursos, el examen con espéculo, la exploración vaginal y el tacto rectal son los únicos enfoques de estadificación posibles; éstos a menudo ofrecerán información suficiente si los realizan profesionales clínicos experimentados, que prestan una particular atención al tamaño del tumor y a la posible afectación de los fondos de saco vaginales, los parametrios (ligamentos transversocervical y uterosacro), las paredes pélvicas, la vejiga y el recto. Esta evaluación puede hacerse bajo anestesia general, si existe cualquier duda a propósito del diagnóstico o si la paciente está muy tensa o tiene dolor. Otras modalidades de imagen, tales como la tomografía computarizada (TAC) y la resonancia magnética nuclear (RMN) del abdomen y de la pelvis son opcionales y no se necesitan para el diagnóstico y la estadificación. Si se consiguen con facilidad, se pueden usar para obtener información más detallada de la extensión de la enfermedad y su pronóstico y para poder escoger el tratamiento. Todos los estudios con vistas a la estadificación y sus resultados deben constar detalladamente en la historia clínica. Debe incluirse un esquema descriptivo si se evalúa un cáncer cervicouterino invasor.

Panorama general de los estadios relacionados con el tratamiento y el pronóstico, según la FIGO

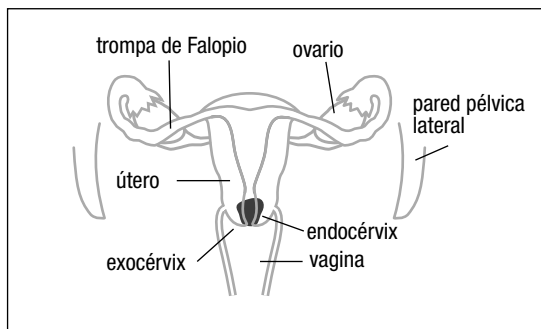
Estadio 0: *Carcinoma in situ, neoplasia intraepitelial cervicouterina de grado III.*

No se considera cáncer invasor, puesto que la lesión no ha sobrepasado la membrana basal.

Estadio I: *Carcinoma limitado al cuello uterino. No se tiene en cuenta la extensión al útero.*

- **IA:** Carcinoma microinvasor, estrictamente limitado al cuello uterino. Sólo puede diagnosticarse mediante microscopía; no es clínicamente visible.
 - **IA1:** Invasión del estroma, inferior a 3,0 mm de profundidad e inferior a 7,0 mm de extensión superficial. Supervivencia de 5 años con tratamiento óptimo: ~98%.
 - **IA2:** Invasión del estroma, superior a 3,0 mm pero inferior a 5,0 mm de profundidad y con extensión superficial de 7,0 mm o menos. 5 años de supervivencia con tratamiento óptimo: ~95%.
- **IB:** Carcinoma estrictamente limitado al cuello uterino y clínicamente visible; o una lesión microscópica mayor que IA2 (Figura 6.1).
 - **IB1:** Lesión clínicamente visible de 4,0 cm o menos de tamaño (en la magnitud mayor). 5 años de supervivencia con tratamiento óptimo: ~85%.
 - **IB2:** Lesión clínicamente visible de más de 4,0 cm de tamaño (en la magnitud mayor). 5 años de supervivencia con tratamiento óptimo: ~75%.

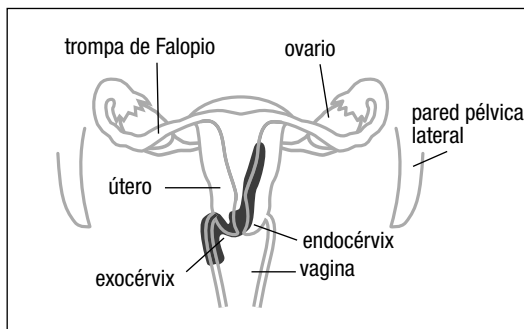
Figura 6.1 Estadio IB de cáncer cervicouterino



Estadio II: Carcinoma extendido fuera del cuello uterino sin llegar a la pared pélvica ni al tercio inferior de la vagina.

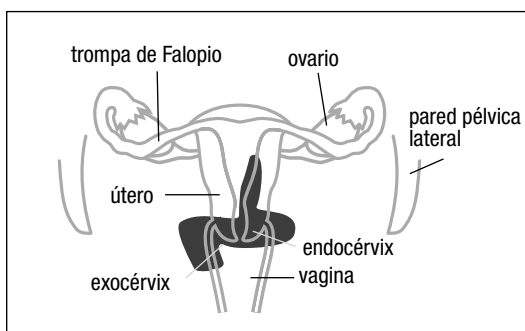
- **IIA:** Extensión fuera del cuello uterino, incluidos los dos tercios superiores de la vagina, sin afectar a los tejidos que rodean al útero (parametrios) (Figura 6.2). 5 años de supervivencia con tratamiento óptimo: ~75%.

Figura 6.2 Estadio IIA de cáncer cervicouterino



- **IIB:** Extensión fuera del cuello uterino, con invasión de los parametrios, sin llegar a la pared pélvica ni al tercio inferior de la vagina (Figura 6.3). 5 años de supervivencia con tratamiento óptimo: ~65%.

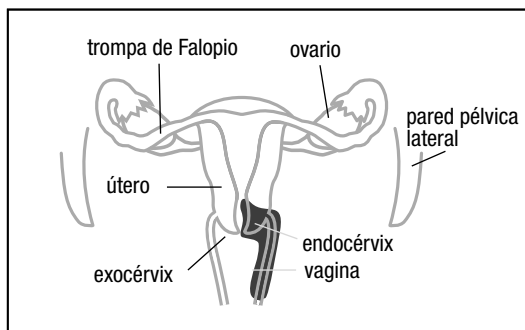
Figura 6.3 Estadio IIB de cáncer cervicouterino



Estadio III: *Carcinoma extendido hasta la pared pélvica o al tercio inferior de la vagina o causante de hidronefrosis o de riñón no funcional.*

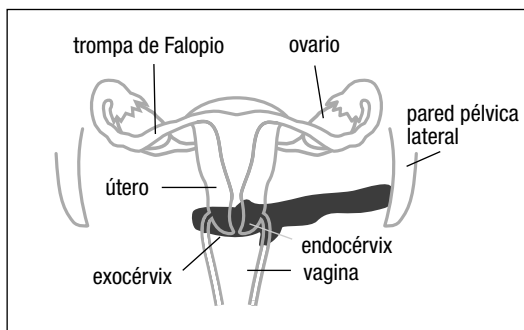
- **IIIA:** Extensión al tercio inferior de la vagina, sin llegar a la pared pélvica (Figura 6.4). 5 años de supervivencia con tratamiento óptimo: ~30%.

Figura 6.4 Estadio IIIA de cáncer cervicouterino



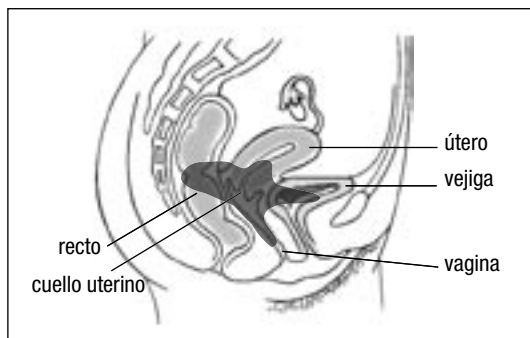
- **IIIB:** Extensión a la pared pélvica o hidronefrosis o riñón no funcional (Figura 6.5). 5 años de supervivencia con tratamiento óptimo: ~30%.

Figura 6.5 Estadio IIIB de cáncer cervicouterino

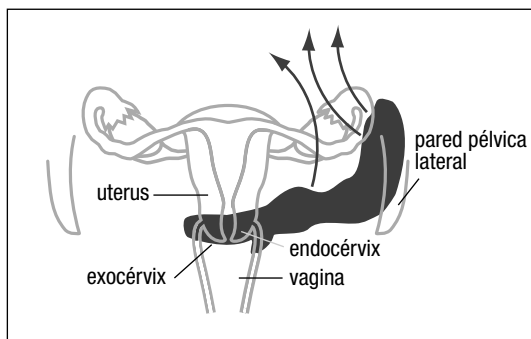


Estadio IV: Carcinoma extendido

- **IVA:** Extensión a la mucosa de la vejiga o del recto (Figura 6.6). 5 años de supervivencia con tratamiento óptimo: ~10%

Figura 6.6 Estadio IVA de cáncer cervicouterino

- **IVB:** Diseminación a órganos distantes, tales como ganglios linfáticos extrapelvianos, riñones, huesos, pulmones, hígado y cerebro (Figura 6.7). 5 años de supervivencia con tratamiento óptimo: <5%.

Figura 6.7 Estadio IVB de cáncer cervicouterino**RECOMENDACIÓN**

La confirmación histológica del cáncer cervicouterino y la estadificación de la FIGO deben completarse antes de emprender otros estudios y administrar tratamiento.

PRINCIPIOS DEL TRATAMIENTO

El tratamiento debe adaptarse según lo que mejor convenga a la paciente. Por regla general, deben respetarse las directrices sobre protocolos de tratamiento clínico óptimo que se ofrecen en el Anexo 6, pero la evaluación general de la paciente y las diferencias en la disponibilidad y la calidad de los servicios de cirugía, radioterapia y oncología médica pueden afectar el tratamiento ofrecido. El cáncer invasor se debe tratar en centros de referencia terciarios, donde se dispone de la competencia y el material necesarios para el tratamiento del cáncer. Es posible que se requieran pruebas adicionales, incluidas las que determinan la idoneidad de la paciente para someterse a la anestesia o a cirugía mayor, que podrían afectar la elección del tratamiento. En las mujeres con infección por el HIV, el recuento de linfocitos CD4 también puede influir en la elección del tratamiento. Antes de planificar la terapia, deben realizarse asimismo pruebas de detección de la sífilis, así como análisis de sangre para verificar las cifras de hemoglobina y la función hepática y renal.



Tratamiento del
cáncer cervicouterino

Tasas de supervivencia

La tasa de supervivencia se expresa como la proporción de mujeres que sobreviven 5 años después de recibir tratamiento. Depende tanto del estadio de la enfermedad como del tratamiento ofrecido. En los países donde no se dispone de tratamiento o éste no es adecuado, las tasas de supervivencia son significativamente subóptimas.

Los siguientes factores influyen en el pronóstico:

- el estadio clínico de la enfermedad en el momento de la consulta: éste es el factor de predicción individual más importante de la supervivencia a largo plazo, junto con el acceso al tratamiento;
- edad: la supervivencia disminuye a medida que aumenta la edad;
- el estado de los ganglios linfáticos;
- la salud general, el estado de nutrición, la presencia de anemia;
- grado de inmunodepresión.

Tratamiento primario

El tratamiento primario puede consistir en cirugía o radioterapia o, en ocasiones, en una combinación de ambas. La quimioterapia no se utiliza como tratamiento primario, pero se puede administrar junto con la radioterapia. En el cáncer cervicouterino, la cirugía curativa pretende eliminar el tumor primario, con todas sus extensiones, en una única operación. La operación que se elija dependerá del estadio clínico del tumor y de los hallazgos del cirujano en el curso de la operación.

RECOMENDACIÓN

La cirugía y la radioterapia son las únicas modalidades recomendadas de tratamiento primario contra el cáncer cervicouterino.

Explicación de los procedimientos y obtención del consentimiento informado para el tratamiento

El dispensador deberá adaptar las explicaciones que se ofrecen en este capítulo y en las hojas prácticas a las circunstancias de la persona, a fin de explicar procedimientos tales como la cirugía y la radioterapia con palabras que tanto la paciente como su familia puedan entender. Las reglas generales para proporcionar orientación que se ofrecen en la Hoja Práctica 4 también se aplican a la comunicación de información compleja sobre el tratamiento. Puede ser de ayuda dibujar o utilizar dibujos que ilustren los puntos difíciles. El dispensador deberá limitar al mínimo la terminología médica y explicar cualquier palabra técnica que carezca de traducción local.



Se debe ofrecer toda la información que necesiten las mujeres sobre un procedimiento antes de realizarlo, incluidos los posibles beneficios, riesgos, efectos secundarios eventuales y qué hacer si uno o más de dichos efectos se manifiestan, el tiempo necesario para la recuperación, el costo y las posibilidades de éxito. Si una mujer desea que los miembros de su familia la ayuden a tomar una decisión en materia de asistencia, dichas personas deben participar en la discusión. Los dispensadores deberán seguir la normativa local y nacional sobre la obtención del consentimiento informado, así como el reglamento del hospital con respecto a la necesidad de una firma o de la huella dactilar del pulgar en un formulario de consentimiento. Por lo menos se debe documentar en la historia clínica de la mujer lo que se dijo, quién estaba presente y la comprensión y el consentimiento de la persona (si es que lo da).

Tratamiento según el estadio

De todas las pacientes con cáncer cervicouterino que acuden a consultorios multidisciplinarios de evaluación ginecológica en hospitales terciarios de países en desarrollo, sólo alrededor del 5% tienen cáncer microinvasor o invasor incipiente (tumores hasta el estadio IB1/IIA <4 cm de diámetro).

Estos casos se tratan preferentemente con cirugía porque:

- la intervención quirúrgica y la recuperación en el hospital lleva menos de 2 semanas;

- la extensión del tumor y el grado de extirpación se pueden evaluar de inmediato;
- se mantiene la función ovárica, lo cual es particularmente importante en el caso de las pacientes premenopáusicas;
- la paciente conserva una vagina funcional, elástica y lubricada;
- la mayoría de las complicaciones se observan en el intervalo de pocos días tras la intervención.

La cirugía se debe preferir también en las pacientes con infección del aparato genital femenino, en especial cuando hay un absceso en el útero (piómetra) o en su entorno. La radioterapia, incluso si proporciona la misma tasa elevada de supervivencia cincoañal que la cirugía, necesita alrededor de 6 semanas de administración y no puede evaluarse la extensión total del tumor. Después de meses o años de radioterapia pueden observarse secuelas tales como una pérdida de elasticidad vaginal (fibrosis), acortamiento y estrechamiento (estenosis) y sequedad vaginal, y el coito puede volverse doloroso.

Alrededor del 80% de todos los casos se sitúan entre el estadio IB2 y el estadio IIIB, con tumores cervicouterinos y afectación parametrial que se extiende hacia o hasta las paredes pélvicas laterales, con o sin obstrucción de los uréteres. Estos tumores voluminosos, que pueden medir 10 cm de diámetro, tienen una tasa de curación que varía entre el 30% y el 75% cuando se tratan con radioterapia radical. Los grandes tumores de estadio IIA (4 cm o más de diámetro) se tratan igual que los tumores de estadio IB2.

Los tumores de estadio IV son menos frecuentes. El estadio IVA, con invasión rectal o, menos corrientemente, vesical, alcanza alrededor del 10% de los casos. Sólo en torno al 10% de éstos se pueden curar, y las fístulas entre los órganos afectados y la vagina son frecuentes. El estadio IVB (5% de los casos), con metástasis a distancia por vía sanguínea, es incurable con cualquiera de los medios actualmente conocidos. No obstante, en estos casos se pueden ofrecer cuidados paliativos eficaces.

Si el cáncer recidiva, suele hacerlo generalmente durante los dos años que siguen al tratamiento. El tratamiento del cáncer recidivante depende de la extensión de la enfermedad en el momento de la recidiva, el intervalo exento de enfermedad, el estado general de la paciente y el tratamiento primario utilizado.

MODALIDADES DE TRATAMIENTO

Cirugía

En el cáncer cervicouterino, la cirugía curativa tiene por objeto eliminar el tumor primario con todas sus extensiones en una única operación. La operación que se realice dependerá del estadio clínico del tumor y de los hallazgos del cirujano en el curso de la intervención. La cirugía paliativa se utiliza normalmente para aliviar síntomas penosos cuando la radioterapia ha fracasado o provocado complicaciones, tales como fístulas rectovaginales o vesicovaginales.

Procedimientos quirúrgicos

Los principales procedimientos quirúrgicos son la histerectomía radical y la linfadenectomía pélvica, aunque la histerectomía simple y la cervicectomía uterina están indicadas en casos específicos. Tras la cirugía, la paciente recibe el alta hospitalaria generalmente al cabo de 7 a 10 días, pero puede necesitar entre 6 y 12 semanas para recuperarse por completo.

Cervicectomía

La cervicectomía es la extirpación del cuello uterino. La cervicectomía radical incluye la extirpación de los parametrios y de la parte superior de la vagina, además del cuello uterino (Figura 6.8).

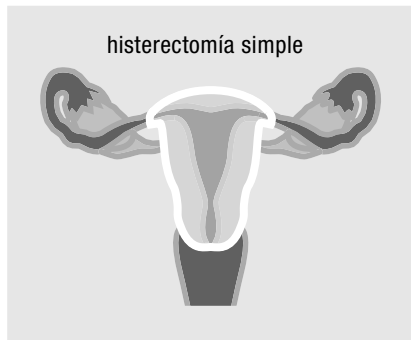
Figura 6.8 Tejido extirpado mediante cervicectomía radical



Histerectomía simple

La histerectomía simple es la extirpación quirúrgica de todo el útero, incluido el cuello uterino, ya sea mediante una incisión en la parte inferior del abdomen o por vía vaginal (Figura 6.9). Las trompas y los ovarios no se extirpan habitualmente, pero puede hacerse si tienen un aspecto anormal.

Figura 6.9 Extirpación del útero mediante histerectomía simple

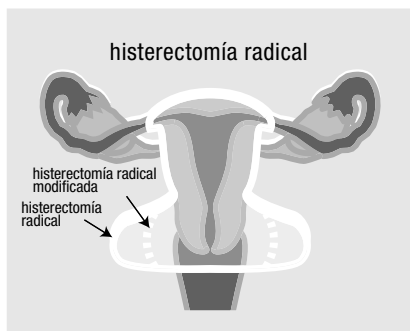


Histerectomía radical

La histerectomía radical es la extirpación quirúrgica del útero, del cuello uterino y de los tejidos vecinos (parametrios), incluidos 2 cm de la parte superior de la vagina (Figura 6.10). La eliminación de la mayor cantidad posible de tejido sin cáncer alrededor del tumor se asocia con una tasa de curación mucho más alta. En general, los ovarios no se extirpan, porque el cáncer cervicouterino raramente se extiende hasta los ovarios. En una histerectomía radical modificada se extirpa menos parametrio que en la histerectomía radical convencional (Figura 6.10).

El tiempo necesario para la recuperación es ligeramente mayor que tras la histerectomía simple.

Figura 6.10 Histerectomías radical y radical modificada



Es importante señalar que, incluso una vez iniciada la cirugía, el cirujano puede interrumpir el procedimiento. Esto sucede cuando antes de la incisión del peritoneo el cirujano observa que existe una amplia afectación de los ganglios linfáticos pelvianos. En este caso, se deberá tratar a la paciente con radioterapia. El peritoneo debe permanecer intacto, porque su incisión cuando los ganglios linfáticos están afectados incrementa la tasa de complicaciones asociadas con la radioterapia. El procedimiento y las complicaciones de la histerectomía simple y radical se encuentran detalladas en la Hoja Práctica 15.



Linfadenectomía o disección ganglionar pélvica bilateral

Esta operación implica la extirpación de los tres grupos de ganglios linfáticos de la pelvis que suelen estar implicados en el cáncer cervicouterino invasor, incluso en los estadios precoces (del estadio IA2 en adelante). Dichos ganglios están situados cerca de los grandes vasos sanguíneos de la pelvis.

Indicaciones

El tratamiento quirúrgico específico dependerá de la extensión de la enfermedad.

La cervicectomía no es una intervención convencional, pero se puede ofrecer a las mujeres con cáncer microinvasor que desean tener hijos en el futuro. Cada vez hay más pruebas de que una cervicectomía radical con linfadenectomía pélvica es una intervención válida para el tratamiento del estadio IA2.

La histerectomía simple está indicada en las mujeres con cáncer cervicouterino invasor de estadio IA1 y a veces IA2. El estadio IA2 se puede tratar con una histerectomía simple y disección de ganglios linfáticos, pero es preferible la histerectomía radical modificada con disección de ganglios linfáticos. La histerectomía no está generalmente indicada para el tratamiento de lesiones precancerosas de alto grado y del carcinoma in situ, que se pueden tratar con métodos ambulatorios más simples, pero puede ser apropiada cuando coexisten otros trastornos ginecológicos, tales como una hemorragia uterina anormal. El deseo de esterilización por parte de la paciente no debe ser una razón para practicar la histerectomía.

La histerectomía radical se realiza en las mujeres que padecen un cáncer cervicouterino invasor con tumores de hasta 4 cm de diámetro limitados al cuello uterino o con una extensión muy incipiente a los fondos de saco vaginales (estadios IB1 y IIA). Puede que el estadio IB1 no sea visible (IB1 oculto).

Tipo de dispensador y nivel de servicio

La *histerectomía simple* puede ser efectuada en un hospital regional o central por un cirujano general o ginecológico especializado en el tratamiento del cáncer cervicouterino. La operación se lleva a cabo con anestesia general y dura unas 2 horas.

La *histerectomía radical* suele ser practicada en un hospital central por un cirujano ginecológico especializado en el tratamiento del cáncer cervicouterino, con anestesia general; dura unas 3 horas.

RECOMENDACIÓN

La cirugía para el tratamiento del cáncer cervicouterino sólo deben realizarla cirujanos especializados en la cirugía del cáncer ginecológico.

Radioterapia

La radioterapia desempeña un papel fundamental en el tratamiento de los tumores malignos más invasores del cuello uterino. Se aplica principalmente cuando los tumores son muy voluminosos (estadios IB y IIA hasta IVB) y cuando se observa una amplia afectación de los ganglios linfáticos en la laparotomía (sin histerectomía). Se utiliza también para tratar tumores malignos en pacientes que no pueden tolerar la anestesia general.

Además de su función curativa, la radiación puede asimismo aliviar síntomas, especialmente el dolor óseo y la hemorragia vaginal.

Cómo funciona la radioterapia

Pese a su utilización de larga data, el público en general comprende todavía mal la radioterapia. En la radioterapia, el tumor se trata con radiación ionizante. La radiación es como un rayo de luz de mayor energía, que se libera conforme el rayo penetra en el cuerpo, dañando y destruyendo las células cancerosas. Ejerce asimismo un efecto menor sobre las células normales de rápida división en la piel, la vejiga y el intestino grueso, lo cual causa algunos de los síntomas reversibles observados durante el tratamiento e inmediatamente después. La persona que recibe radioterapia no siente dolor en el momento de su administración.

Tipos de radioterapia

Existen dos grandes grupos de radioterapia, que difieren según la posición de la fuente de radiación con respecto al paciente:

- la telerradioterapia, en la cual la fuente de radiación está lejos del paciente;
- la braquirradioterapia, en la cual se colocan pequeñas fuentes radioactivas en cavidades del cuerpo.

Los tratamientos curativos se basan en una combinación de telerradioterapia pélvica y braquirradioterapia intravaginal. Las intervenciones y las posibles complicaciones se describen en las Hojas Prácticas 16 y 17.



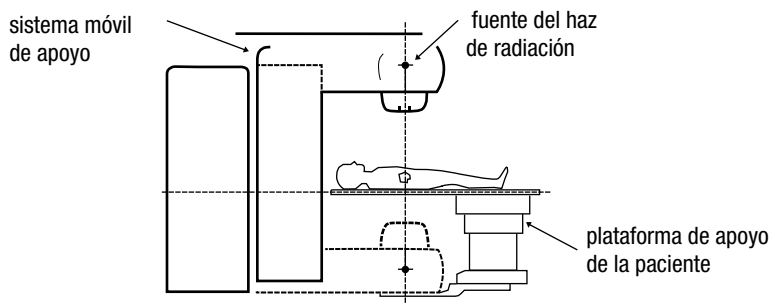
HP16 Telerradioterapia
HP17 Braquirradioterapia

Telerradioterapia

La telerradioterapia también se denomina «radioterapia de haz externo» (RTHE). El origen de la radiación es una cabeza blindada, que dispone de una pequeña abertura a través de la cual puede pasar un haz de radiación (Figura 6.11). El haz es dirigido hacia la zona del cuello uterino afectada de cáncer y a los sitios expuestos a la extensión de la enfermedad. Se ha de tener cuidado de evitar la vejiga y el recto a fin de proteger su función. El tratamiento se administra en un hospital especializado y tiene lugar en un espacio cerrado (búnker terapéutico). No se necesita anestesia, ya que la paciente no siente dolor.

Los aparatos de radiación pesan muchas toneladas y la cabeza puede rotar en torno a la mesa de tratamiento donde yace la paciente. La cabeza puede contener material radioactivo, como el cobalto-60 (^{60}Co), o ser un acelerador lineal, que acelera electrones a velocidades enormes hasta que éstos chocan contra un objetivo y liberan su energía en forma de radiación (el mismo proceso que ocurre en un aparato de rayos X). En el cáncer cervicouterino, la radiación se libera uniformemente en todo el interior de la pelvis, en sesiones diarias de unos pocos minutos cada una. En general, se utilizan cuatro haces para administrar la dosis diaria total. Las sesiones se administran durante cinco días por semana a lo largo de cinco semanas. Como preparación para este tratamiento se obtiene una imagen de la pelvis mediante simulación o tomografía computarizada. Luego, se utiliza un ordenador o computadora para planificar el tratamiento. La dirección de los haces se verifica durante el tratamiento por medio de rayos X.

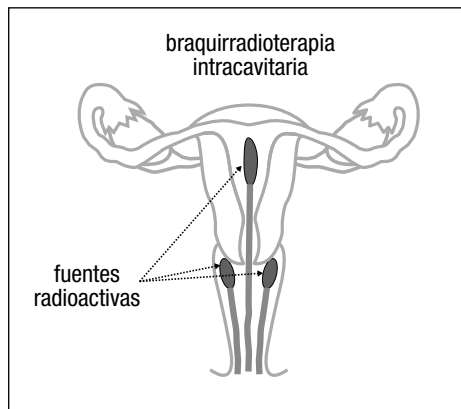
Figura 6.11 Aplicación de la telerradioterapia



Braquirradioterapia

En la braquirradioterapia, la fuente de radiación está en íntimo contacto con el tumor. Las fuentes de radiación se colocan en el interior de un aplicador dentro del útero y la cavidad vaginal (braquirradioterapia intracavitaria, Figura 6.12).

Figura 6.12 Aplicación de la braquirradioterapia intracavitaria



La radiación es dirigida hacia el cáncer localizado en el cuello uterino, el útero, la parte superior de la vagina y el tejido que rodea al cuello uterino (parametrios). Se ha de tener cuidado de evitar la radiación de la vejiga y el recto a fin de preservar su función todo lo posible. El tratamiento lo administra un equipo formado por un radiooncólogo, un físico médico y un técnico en radioterapia en un hospital especializado con el material apropiado. La radiación es más potente dentro del aplicador y disminuye rápidamente a los pocos centímetros de distancia. La tasa de la dosis es la velocidad de administración de una dosis de radiación en un punto especificado. La braquirradioterapia intracavitaria puede administrarse con una tasa reducida de dosis (TRD), con una tasa pulsada de dosis (TPD), con una tasa media de dosis (TMD) o con una tasa elevada de dosis (TED). La tasa utilizada determina el tiempo que la paciente estará en aislamiento, así como la dosis total que se aplicará y el número de sesiones que recibirá la paciente.

Los aparatos de braquirradioterapia disponibles con mayor frecuencia son de TRD y TED, que tienen una eficacia parecida. Normalmente sólo una de las dos clases existirán en una institución. Los dos aparatos difieren considerablemente en cuanto a la necesidad de anestesia, el tiempo de hospitalización y el número de inserciones (Tabla 6.4). Convendría que el personal sanitario que ha de orientar a las pacientes sobre la braquirradioterapia asistiera a una sesión de braquirradioterapia en el hospital de referencia con el fin de comprender la secuencia de acontecimientos.

Tabla 6.4: Diferencias entre la braquirradioterapia con tasa reducida de dosis y la braquirradioterapia con tasa elevada de dosis

	Tasa reducida de dosis	Tasa elevada de dosis
Inicio	Al finalizar la telerradioterapia	A partir de la tercera semana de telerradioterapia
Hospitalización	Con hospitalización: 2–3 días	Sin hospitalización: de 1/2 a 2 horas
Anestesia utilizada en el momento de la colocación	Anestesia general	Sedación leve
Aplicaciones	Generalmente sólo una vez	De 2 a 8: normalmente 4

Indicaciones

La telerradioterapia está indicada cuando la integridad de la zona afectada por el cáncer no se puede extirpar mediante histerectomía simple o radical. Esto quiere decir que a la mayoría de las mujeres con cáncer cervicouterino invasor sin metástasis a distancia (estadios IB a IVA) se las debe tratar con telerradioterapia. La braquirradioterapia se utiliza normalmente como complemento de la telerradioterapia. Su utilización es obligatoria si se pretende curar el cáncer cervicouterino. Para los estadios IB1 o más bajos, si la cirugía no es posible, puede usarse la braquirradioterapia como único tratamiento.

Dispensador

La radioterapia la llevan a cabo un radiooncólogo y un técnico en radioterapia con formación radioterápica convencional.

RECOMENDACIÓN

La braquirradioterapia es un componente obligatorio de la radioterapia curativa del cáncer cervicouterino.

Quimioterapia

La quimioterapia no es una modalidad terapéutica primaria del cáncer cervicouterino, pero puede utilizarse a la par que la cirugía o la radiación en el tratamiento de los tumores voluminosos. El fármaco utilizado con mayor frecuencia es el cisplatino y está incluido en la Lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS. Los beneficios de la adición de cisplatino a la radioterapia no se han constatado en las condiciones de un país en desarrollo. El cisplatino aumenta la toxicidad de la radioterapia y puede que las pacientes con nutrición deficiente, anemia, alteración de la función renal o tumores malignos más avanzados no lo toleren bien. La radioterapia sola es una opción aceptable.

SEGUIMIENTO DE LA PACIENTE

En la medida de lo posible, el seguimiento de las mujeres que han sido tratadas por cáncer cervicouterino debe realizarse en el centro de tratamiento. Se decidirá el alta hospitalaria y el seguimiento en una reunión con todos aquellos que han participado en la atención de la paciente, teniendo en cuenta la opinión de la mujer y de su familia. Si el seguimiento tiene que hacerse lejos del centro de tratamiento, un médico de atención primaria (preferentemente un ginecólogo) debe recibir un informe completo y detallado del estadio, el tratamiento administrado, el pronóstico y los problemas habituales que se pueden esperar. El informe debe incluir los datos de contacto del centro de tratamiento (teléfono, fax, correo electrónico y dirección postal) y una petición de información regular. Se ha de procurar que el médico de atención primaria pida asesoramiento si la paciente presenta síntomas inesperados. Cada vez se dispone más de teléfonos móviles para que los médicos terapeutas se mantengan en contacto con la paciente o su familia.

Seguimiento de las mujeres tratadas sólo con cirugía

Las mujeres que solamente han recibido tratamiento quirúrgico deben acudir a tres consultas mensuales de seguimiento durante 2 años y anotar cuidadosamente los síntomas, particularmente de hemorragia, flujo o dolor pélvico.

Durante las consultas se deben realizar los siguientes exámenes:

- examen con espéculo y visualización de la cavidad vaginal;
- frotis citológico de la cavidad vaginal y de cualquier anomalía observada en el examen;
- exploración bimanual vaginal y tacto rectal para palpar manifestaciones de recidiva de la enfermedad;
- otros estudios supeditados a los hallazgos clínicos y a los recursos disponibles.

La enfermedad recidivante en estas mujeres se puede tratar con radiación.

Seguimiento de las mujeres tratadas con radiación

En las mujeres que han recibido principalmente radiación, el seguimiento ha de ser idéntico al de las mujeres intervenidas quirúrgicamente, aunque la importancia de la citología vaginal es menos evidente y la evaluación clínica es más difícil a causa de la fibrosis inducida por la radiación. Uno de los motivos del seguimiento periódico es buscar las secuelas de la radioterapia, que pueden confundirse con una recidiva de cáncer. Las opciones terapéuticas de las mujeres con recidiva tras la radiación primaria son algo limitadas, ya que no puede administrarse más radiación. Se puede considerar la histerectomía como último recurso en los entornos que dispongan de instalaciones y especialistas quirúrgicos; este enfoque probablemente no modificará la tasa de supervivencia, pero se asocia con un intervalo más prolongado sin enfermedad y posiblemente con una mejor calidad de vida. En caso de recidiva tras la radiación, también se puede administrar quimioterapia. Finalmente se puede recurrir a la radiación para tratar metástasis no pelvianas o distantes, por ejemplo, en los huesos, pulmones u otros órganos.

SITUACIONES ESPECIALES

Embarazo

Aunque es algo inaudito, a veces se diagnostica cáncer del cuello uterino en una mujer embarazada. Esto quizás ponga a la mujer frente a un serio dilema, sobre todo si el embarazo es incipiente. Cada caso recibirá un tratamiento individualizado, teniendo en cuenta las inquietudes y la salud de la madre y el impacto de los posibles tratamientos sobre la viabilidad del feto. El tratamiento del cáncer cervicouterino en el embarazo depende de su estadio, igual que en las pacientes no embarazadas. También depende de la etapa del embarazo. Un diagnóstico de cáncer en el embarazo, particularmente si conlleva su interrupción, puede ser difícil de aceptar para la mujer. Se necesitará una hábil orientación que ayude a ésta y su familia a aceptar el diagnóstico y tomar una decisión en materia de asistencia. Si se administra radioterapia, el tratamiento empieza con la radiación de la pelvis, que provocará la muerte fetal y el aborto. Debe realizarse una ecografía para verificar que el feto ya no es viable. Una vez evacuado el útero, el tratamiento continúa de manera habitual. En el tercer trimestre, el tratamiento definitivo suele posponerse hasta que el feto madure. Recién entonces se procede al parto por cesárea, seguida de inmediato por cirugía o radiación, tal como determine el estadio del tumor. Si el tratamiento elegido es la radiación, ésta debe realizarse tras la involución del útero. En el Anexo 6E se proporcionan directrices generales sobre el tratamiento del cáncer invasor durante el embarazo.



Anexo 6e

VIH/SIDA

Un grupo especial de mujeres son aquellas afectadas de inmunodepresión secundaria a una infección por el VIH. Las mujeres con recuentos bajos de linfocitos CD4 ($<200 \text{ mm}^3$) son particularmente susceptibles de padecer complicaciones cuando reciben tratamiento, cualquiera sea su modalidad. La cirugía es preferible cuando corresponda y el tratamiento con radiación o quimioterapia deberá personalizarse.

COMUNICACIÓN CON LAS PACIENTES AFECTADAS DE CÁNCER INVASOR Y CON SUS FAMILIAS

Revelación de información

Al dar información a las mujeres y sus familias sobre el cáncer cervicouterino, se ha de comenzar por hacer hincapié en que la enfermedad es tratable. Por lo general, ni la mujer ni su familia se esperan un diagnóstico de cáncer y la recepción de malas noticias (en especial si el cáncer está avanzado) nunca es fácil. El dispensador debe suministrar dicha información a la paciente, y a la familia de la paciente si ella lo desea, y no debe hacerlo en presencia de otras pacientes. A continuación, se ofrecen algunas directrices para revelar información y charlar con las familias.

- Respete la cultura, las normas y las costumbres de la paciente; darle una mala noticia directamente a la paciente, por ejemplo, puede ser aceptable o no.
- Sea claro y directo en el significado y las palabras; no utilice palabras incomprensibles para la paciente o que sean imprecisas, como «crecimiento» o «neoplasia».
- No confunda a la paciente con datos innecesarios, pero tampoco deje asuntos importantes sin abordar.
- Dé tiempo a los presentes para que asimilen lo que se ha dicho; después, déles tiempo para que hagan preguntas.
- Dado que las personas suelen impresionarse cuando reciben malas noticias de repente, puede ser que no escuchen ni comprendan totalmente lo dicho. Trate de hablar con la paciente y su familia (si ella está de acuerdo) de nuevo al día siguiente.
- Después del diagnóstico inicial, puede que la paciente pase por diferentes etapas de negación, rabia y resignación, que requieren comprensión y apoyo.

Cuando resulte evidente que no puede administrarse más tratamiento contra el cáncer, lo mejor es orientar a la paciente y su familia con sensibilidad, pero sin faltar a la verdad. Procure evitar frases como «no se puede hacer nada más», porque los cuidadores pueden contribuir a aliviar los síntomas, proporcionando medicación, organizando cuidados a un nivel inferior o con sólo estar disponibles. Si una paciente

ha estado hospitalizada y regresa a casa, éste es el momento para asegurar que se establezca contacto con cuidadores locales que puedan ofrecer servicios de cuidados paliativos. Las preguntas sobre cuánto tiempo de vida le queda se deben responder con sinceridad, esto es, que nunca se sabe, pero que puede ser una cuestión de días, semanas o meses. Esto les dará a la paciente y su familia una idea de a qué atenerse, para que puedan hacer los arreglos necesarios.

Velar por el alivio del dolor

Cuando una paciente enferma de cáncer en estadio terminal regresa a casa, los médicos terapeutas (radioterapeuta, oncólogo, ginecólogo) deben asegurarse de que tenga recetas para analgésicos apropiados y de que dispondrá de ellos al salir del hospital. La mayoría de las pacientes con cáncer, particularmente en los países en desarrollo, sufren innecesariamente de dolor agudo sin alivio suficiente debido a la limitada disponibilidad de opiáceos en los niveles periféricos o inferiores; sin embargo, los dispensadores del hospital podrían asegurar y proporcionar los medicamentos necesarios a sus pacientes. No existe medicación sustitutiva de la morfina oral contra el dolor agudo, pero la radioterapia paliativa puede ser un valioso complemento de la morfina para aliviar el dolor (véase además el Capítulo 7 y la Hoja Práctica 18).



Tratamiento
del dolor

TRATAMIENTO DEL CÁNCER INVASOR: ACTIVIDADES EN LOS DISTINTOS NIVELES

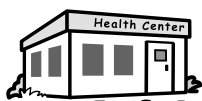
6

En la comunidad



- Mantener una comunicación regular y directa con la paciente y su familia.
- Mantener una comunicación regular –telefónica o individual– con el personal del centro sanitario acerca del estado de salud de la paciente.
- Detectar nuevos síntomas angustiantes de la enfermedad o efectos secundarios del tratamiento e informar dichos hallazgos al personal del centro sanitario.
- Administrar cuidados paliativos según lo especificado en las directrices nacionales y lo prescrito por especialistas y otros dispensadores de atención sanitaria.
- Establecer vínculos entre la paciente y su familia y los organismos confesionales o de otro tipo que puedan aportar apoyo adicional no médico.
- Ayudar lo más posible a la paciente y su familia durante los estadios terminales.

En el centro sanitario



- Mantener la supervisión del estado general de la paciente y la comunicación con los agentes de salud de la comunidad y el personal sanitario de los niveles comarcal y terciario.
- Proporcionar seguimiento, de acuerdo con lo aconsejado por el establecimiento de tratamiento, si fuera apropiado en este nivel, o cuando la paciente sea incapaz de acudir a establecimientos de niveles superiores.
- Prescribir y administrar tratamiento contra los efectos secundarios de los tratamientos recibidos o los síntomas de la enfermedad, en consulta con el centro de tratamiento.
- Si fuera posible, visitar en sus hogares a las pacientes gravemente enfermas y desahuciadas que no pueden acudir al centro.
- Colaborar en la formación de agentes comunitarios y del personal recién integrado al equipo asistencial.

En el hospital comarcal



e

En el hospital central



- Administrar tratamiento.
- Si no es posible tratar a la paciente directamente, comunicar a los niveles asistenciales inferiores el seguimiento y la asistencia médica que sea necesario proporcionar, incluida la prescripción de medicamentos para atenuar el dolor.
- Mantener la comunicación con la familia y los cuidadores de la paciente por teléfono, correo, etc.
- Colaborar en la formación de los dispensadores de niveles inferiores en lo que concierne a la atención de las pacientes enfermas de cáncer.

Mensajes de orientación

Asegúrese de abordar los siguientes temas con la paciente y la familia:

- El estadio del cáncer;
- El tratamiento que recibió antes del alta hospitalaria;
- Cuáles son los posibles efectos secundarios que puede notar y cómo ocuparse de ellos;
- Los síntomas de las complicaciones y dónde tiene que ir si experimenta cualquiera de ellos;
- El seguimiento necesario: dónde, cuándo, a quién ver;
- Su voluntad de proporcionar apoyo en cualquier manera posible.

RECURSOS ADICIONALES

- Benedet JL, Bender H, Jones H III, Ngan HY, Pecorelli S. FIGO staging classifications and clinical practice guidelines in the management of gynaecologic cancers. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2000, 70(2): 209-262.
- Chao KSC, Perez CA, Brady LW, eds. *Radiation oncology: management decisions*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott, Williams & Wilkins, 2001.
- Fletcher GH, ed. *Textbook of radiotherapy*, 3rd ed. Philadelphia, PA, Lea and Febiger, 1980.

HOJA PRÁCTICA 15: HISTERECTOMÍA

HP 15

Hoja Práctica 15: Histerectomía

La histerectomía es la extirpación del útero. En la histerectomía simple, se extirpa el útero completo, incluido el cuello uterino. Las trompas y los ovarios pueden ser extirpados o no. En la histerectomía radical, se extirpa el útero más los tejidos adyacentes y una porción de la parte superior de la vagina. Ambas intervenciones son esencialmente idénticas. Esta Hoja Práctica se ha incluido para que el dispensador de atención primaria o secundaria pueda explicar el procedimiento a la paciente antes de su ingreso en el hospital y la ayude a recuperarse cuando vuelva a casa.

EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Brinde a la mujer toda la información que pueda sobre el procedimiento, la anestesia y los posibles efectos secundarios y complicaciones de la intervención quirúrgica. La descripción siguiente le ayudará a responder las posibles preguntas de la paciente.

Antes de que la mujer acuda al hospital

1. El personal del hospital instruirá a la paciente acerca de los preparativos: la ropa que debe llevar consigo y los medicamentos que debe tomar de antemano. Le pedirán que no coma ni beba durante las 8 horas que preceden a la intervención quirúrgica y que tome un baño antes de ir al hospital.

En el hospital, preparación para la intervención quirúrgica

2. Se explicará la operación detalladamente y se obtendrá el consentimiento informado.
3. Se limpiarán con jabón, agua y yodo las zonas genital y abdominal de la mujer; tal vez se corte al ras el vello genital para evitar la infección.
4. Se administrará anestesia general por vía intravenosa o por inhalación.
5. Se introducirá un tubo de plástico (sonda) en su vejiga y se recogerá la orina en una bolsa.
6. Se colocará un tapón de gasa en la vagina para que el cirujano pueda extraer con mayor facilidad los tejidos de alrededor del cuello uterino.

HP15

La operación

7. Se hará una incisión en la parte inferior del abdomen, en sentido vertical u horizontal.
8. En la *histerectomía simple*, se seccionará el útero de su lugar de unión con las trompas de Falopio y la vagina. En la *histerectomía radical*, el cirujano extirpa el útero, los parametrios, el cuello uterino y los dos centímetros superiores de la vagina. Una vez extirpados el útero y los parametrios, el cirujano diseccionará tres grupos de ganglios linfáticos del tejido adiposo adyacente a los vasos sanguíneos principales de la pelvis.
9. Todos los tejidos retirados se colocarán en una solución de conservante y se enviarán al laboratorio, donde un anatomopatólogo los examinará para determinar si se ha resecado todo el tumor.
10. Al final de la intervención, quizás se deje un drenaje en la región pelviana; se trata de un tubo de plástico que se coloca en el abdomen para drenar la sangre y el líquido dentro de una bolsa. Puede dejarse de 24 a 48 horas.
11. Para drenar la orina, la mayoría de los cirujanos también insertarán un tubo (denominado sonda suprapúbica) desde exterior del abdomen hasta el interior de la vejiga y lo dejarán allí entre 5 y 7 días por si se han lesionado los nervios de la vejiga.
12. Luego se suturará y limpiará el abdomen y se colocará un apósito sobre la herida.

Justo después de la operación

13. Después de la operación, el personal del hospital cuidará de la paciente en la sala de reanimación posquirúrgica. En cuanto la paciente se despierte, la trasladarán a una cama convencional para que se recupere.
14. Cuando la paciente se despierte, verá un gotero y tubos que salen de su cuerpo; también sentirá náuseas durante un par de horas. Los primeros días sentirá dolor en la parte intervenida del abdomen. El personal del hospital le administrará medicamentos para aliviar el dolor y las náuseas mientras los necesite.

Recuperación en el hospital

15. En el hospital, el personal velará por que la paciente tosa y respire profundamente, se levante, mueva los músculos y camine en cuanto pueda de forma periódica. Ello ayudará a prevenir las complicaciones.

16. Cualquier movimiento en la vecindad de los tejidos y órganos pelvianos durante la intervención puede dañar algunos de los nervios que inervan la vejiga y el recto, de resultas de lo cual ambos órganos pueden volverse posteriormente algo «perezosos», en otras palabras, se vaciarán menos eficazmente que antes de la operación. La paciente tendrá dificultades para orinar y defecar. La sonda suprapúbica se dejará unos días en su lugar hasta que la persona vuelva a orinar normalmente. En la mayor parte de los casos, tanto la vejiga como el recto se habrán recuperado parcialmente antes de que la paciente obtenga el alta hospitalaria y funcionarán de nuevo con normalidad en un plazo de entre 3 y 6 meses después de la operación.
17. En la mayor parte de los hospitales se permitirá a la paciente que regrese a casa al cabo de unos 7 a 10 días, dependiendo de la celeridad de su recuperación y del tipo de cuidados disponibles en su domicilio. La recuperación completa de una histerectomía radical lleva entre 6 y 12 semanas.

Seguimiento (6 semanas después de la intervención quirúrgica)

18. Le darán los resultados del examen al microscopio del tejido extirpado a la mujer. El cirujano la explorará minuciosamente para comprobar que se recupera con normalidad. Cualquier complicación detectada recibirá tratamiento.
19. Examinarán a la mujer con un espéculo para verificar si la herida en la vagina ha cicatrizado.
20. La información procedente del laboratorio permitirá al cirujano revelar a la mujer el grado de diseminación del cáncer, qué otro tratamiento considera necesario y la posibilidad de que el cáncer vuelva a manifestarse.

SEGUIMIENTO EN EL DOMICILIO

Antes de que la mujer abandone el hospital, la orientarán sobre la forma en que debe cuidarse y los síntomas de las complicaciones que requieren atención. Usted puede ayudarla reforzando dicha orientación.

1. Para que la paciente se recupere de la intervención, otros miembros de la familia deberían encargarse de las tareas hogareñas habituales durante las primeras tres a seis semanas, hasta que ella recobre las fuerzas. Durante ese tiempo, la mujer debe evitar las tareas domésticas pesadas, las caminatas largas, el transporte de objetos pesados y la ejecución de otras tareas físicamente exigentes. Puede realizar las actividades usuales de todos los días, como bañarse, ducharse y comer con normalidad. Debe dar paseos cortos un par de veces al día, a medida que vaya recobrando gradualmente las fuerzas y volviendo a la normalidad.

HP15

Hoja Práctica 15: Histerectomía

2. La familia debe insistir en que la paciente repose cuando esté cansada y ha de procurar que se alimente bien.
3. La paciente tendrá una herida oculta en la vagina, que necesitará como mínimo unas 6 semanas para cicatrizar. Para evitar la infección y permitir la cicatrización correcta, la mujer no debe introducirse ningún objeto en la vagina durante ese tiempo, eso incluye dedos o tampones, y debe evitar tanto las duchas vaginales como practicar el coito (pero puede mantener relaciones íntimas de otras maneras). Será importante el apoyo de su pareja al respecto.
4. La tabla siguiente ilustra algunos de los síntomas que pueden ocurrir en las semanas siguientes a la intervención quirúrgica y lo que la mujer debe hacer si se manifiestan.

Síntoma de la mujer	Causa	Lo que debe hacer
Depresión (es frecuente sentir tristeza después de una operación importante)	Dolor, fatiga y preocupación	Esperar; el síntoma no debería durar más de dos semanas aproximadamente
Malestar abdominal (es normal)	Dolor causado por la herida efectuada	Consumir alimentos con gran cantidad de fibra, beber mucho líquido, tomar laxantes (como el bisacodilo); el síntoma debería desaparecer en unos seis meses.
Micción difícil y lenta; la vejiga no se vacía adecuadamente	Daño de nervios durante la cirugía, inactividad vesical	«Doble evacuación»: orinar normalmente al levantarse, caminar unos minutos y orinar de nuevo. Si esto no da resultado, la mujer debe colocarse una sonda. El personal del hospital le indicará cómo hacerlo y le suministrará el material que necesite. Este problema debería resolverse en un plazo de 3 a 6 meses
Cansancio (es normal)	El organismo está sanando y necesita reposo adicional	Acostarse para descansar durante el día, tantas veces como la paciente lo necesite

5. Cerciórese de que la paciente y su familia conozcan los signos y los síntomas de las complicaciones (véase a continuación) e indíquelo a la paciente que acuda al centro sanitario u hospital en caso de que los padezca.

Complicación	Signos y síntomas
Infección de la herida abdominal	Dolor, enrojecimiento (eritema) y pus en la zona operada del abdomen
Infección en la región pelviana	Dolor (no solamente malestar) en la parte inferior del abdomen, a menudo con fiebre, exudado vaginal fétido o hemorragia
Linfocele, causado por la colección de líquido linfático tras la extracción de las glándulas linfáticas	Tumefacción o dolor en la parte inferior del abdomen dos a tres semanas después de la intervención quirúrgica
Infección de la vejiga	Sensación de ardor al orinar; micción frecuente
Coágulos en las piernas (trombosis)	Enrojecimiento (eritema), dolor y tumefacción en una pierna

Material necesario en el hogar: se puede conseguir en el hospital o con la receta escrita para usarla posteriormente en caso de necesidad:

- paracetamol contra el dolor leve (si fuera necesario);
- laxante (como el bisacodilo);
- sondas vesicales;
- vendas de gasa y desinfectante de heridas.

HP15

Hoja Práctica 15: Histerectomía

HOJA PRÁCTICA 16: TELERRADIOTERAPIA PÉLVICA

HP 16

Hoja Práctica 16: Telerradioterapia pélvica

La telerradioterapia pélvica es la radiación de la zona pelviana desde una cierta distancia, utilizando un aparato especial (Figura HP16.1).

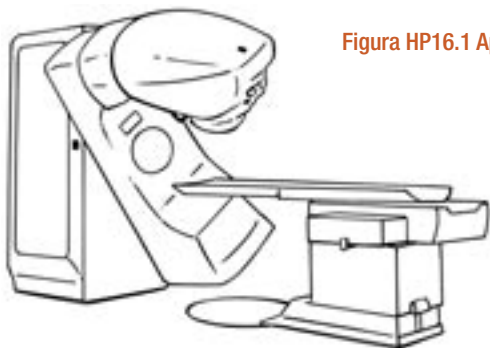


Figura HP16.1 Aparato de telerradioterapia

Esta Hoja Práctica se ha incluido para que el dispensador de atención primaria o secundaria pueda explicar el procedimiento a la paciente antes de su ingreso en el hospital y la ayude a recuperarse cuando vuelva a casa.

EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Brinde a la mujer toda la información que pueda sobre el procedimiento y los posibles efectos secundarios. Cuénteles en qué consistirá el tratamiento y quién estará a cargo del mismo en el hospital. Dígame también que estará sola durante el tratamiento, pero que éste no será largo ni le dolerá. La descripción que sigue le ayudará a responder las posibles preguntas de la paciente.

Antes de iniciar la terapia

1. El personal del hospital instruirá a la paciente acerca de los preparativos: la ropa que debe llevar consigo y los medicamentos que debe tomar de antemano.
2. Se explicará detalladamente el tratamiento, sus complicaciones y opciones posibles y se pedirá el consentimiento informado. Se dará cita a la mujer para obtener una imagen de la región pelviana (con rayos X) en un simulador o tomógrafo axial computarizado (TAC).

HP 16

Hoja Práctica 16: Telerradioterapia pélvica

Preparación para el tratamiento

3. El primer día en el hospital, le pedirán a la mujer que se desvista y acueste sobre una mesa especial. Le harán una exploración ginecológica y radiografías. Con la información de la radiografía se marcarán el abdomen y la pelvis con un rotulador indeleble. Esto se hace para que el operador pueda limitar la radiación contra el tumor; la paciente no debe borrar estas marcas.
4. Se informará a la paciente el programa terapéutico y el momento en que debe regresar para recibir el primer tratamiento.
5. La paciente recibirá la información y la orientación siguientes con relación al período terapéutico completo:
 - Para evitar el posible roce de la piel, debe vestir prendas amplias y evitar el uso de pantalones.
 - Puede ducharse con agua tibia, pero no debe tomar un baño de inmersión, ni tampoco debe pasarse una esponja por la piel, ni frotarse la piel, ni usar jabones ásperos.
 - No debe introducirse objetos en la vagina (por ejemplo, tampones) mientras dure el tratamiento, ni tampoco realizar el coito (pero puede mantener relaciones íntimas de otras maneras).
 - Debe evitar las cremas comerciales para la piel, ya que pueden contener metales pesados dañinos. Si necesita aplicarse alguna crema, que solicite al personal del centro sanitario que le recete una.
 - La paciente debe reducir el trabajo pesado y las tareas realizadas en los entornos calurosos y sudoríficos.
 - Puede continuar con las tareas domésticas usuales o el trabajo administrativo ligero.
 - Es posible que sienta cansancio o depresión hacia el final del tratamiento y debe limitar sus actividades en consecuencia.
 - Los tratamientos diarios repetitivos llegarán a ser tediosos. La mujer debe tener presente que la probabilidad de curación disminuye si no acude a las citas o interrumpe el programa, con lo cual se retrasará la finalización de la terapia.

Tratamiento

6. El primer día de tratamiento, el técnico en radioterapia constatará una vez más la identidad, el plan terapéutico y el consentimiento informado de la paciente, le explicará el procedimiento y le mostrará el tomógrafo que se encuentra en el interior del búnker.

7. Se colocará a la paciente en la mesa de tratamiento y se le indicará que permanezca en dicha posición. Todo el personal abandonará la sala.
8. La paciente quedará sola en el recinto, pero dispondrá de un circuito cerrado de televisión y audio para permanecer comunicada.
9. Durante el tratamiento, el tomógrafo se moverá varias veces de forma automática o ingresará en la sala el técnico para moverlo.
10. La paciente no sentirá nada durante el tratamiento, que sólo durará unos cuantos minutos.
11. Por lo general, se administrarán 25 de tales tratamientos en el transcurso de 5 semanas.

Repetición del tratamiento

12. Los tratamientos diarios se llevarán a cabo como se describió anteriormente. Se animará a la paciente a que refiera cualquier problema al técnico. En caso de que necesite una respuesta más especializada la remitirán al radiooncólogo (oncólogo radioterápico).

Efecto secundario	Signos y síntomas	Lo que hay que hacer
Reacción de la piel a la radiación	Eritema al cabo de tres semanas, que aumenta con el tratamiento. Posiblemente una descamación de la piel, primero seca y luego húmeda, sobre todo entre los pliegues de las nalgas.	Solamente un lavado ocasional delicado de la zona. Evite restregar. En caso de dolor, se debe administrar un calmante leve. Si la reacción es grave (usualmente debido al lavado excesivo) el radiooncólogo puede retardar la finalización del tratamiento (esto puede comprometer el ritmo de curación).
Efectos intestinales	El recto y el colon terminal que reabsorben el agua del contenido intestinal se localizan en esta región. La radiación puede impedir la reabsorción de agua y ello puede provocar heces sueltas o diarrea.	En caso necesario, el radiooncólogo prescribirá medicamentos. Deben evitarse los remedios caseros habituales.
Efectos vesicales	Aumento del número de micciones (polaquiuria) y necesidad imperiosa de orinar (tenesmo vesical). Puede sentirse una sensación de escozor al orinar. En raras ocasiones puede haber indicios de sangre en la orina.	La paciente debe regresar al hospital a efectos de la exploración y el tratamiento.

HP 16

Hoja Práctica 16: Telerradioterapia pélvica

13. El radiooncólogo verá a la paciente una vez a la semana con motivo del «chequeo terapéutico», hará preguntas sobre los signos y síntomas y determinará si la paciente tolera el tratamiento y en qué grado.
14. Se informará a la paciente acerca de los efectos secundarios agudos más frecuentes de la radioterapia (véase la Tabla anterior) y la forma de proceder en caso de que se manifiesten. Dichos efectos secundarios cederán espontáneamente una vez que acabe el tratamiento.

Seguimiento

15. Le darán cita a la paciente para que regrese seis semanas después de completar la telerradioterapia. El médico la explorará y le examinará la vagina para determinar si ha sanado.
16. El equipo de oncología (el radiooncólogo y el ginecólogo) es el más indicado para valorar cualquier síntoma relacionado con la zona pelviana (la vagina, el intestino y la vejiga). Hay que comunicarles cualquier síntoma o signo que pueda parecer inusual o grave.

LO QUE USTED PUEDE HACER DURANTE EL TRATAMIENTO Y DESPUÉS DEL MISMO

1. Ayude a la mujer a mantener una actitud positiva.
2. Aconséjeles a ella y su pareja de que se abstengan de practicar el coito durante el período terapéutico. Pasado dicho período conviene que la mujer permanezca sexualmente activa.
3. Dígale que no necesita usar anticonceptivos. Es imposible que quede embarazada durante la telerradioterapia y después de haber administrado telerradioterapia a la región pelviana.
4. Pídale que cumpla las citas de seguimiento regulares concertadas con el radiooncólogo y el ginecólogo. Si la mujer presenta síntomas inusuales o graves, entonces que concierte una cita antes de lo previsto.
5. Dígale a la familia que ayuden a la persona a restablecerse de la terapia ocupándose de efectuar las tareas domésticas que ella normalmente realiza hasta que recobre sus fuerzas.
6. Si la paciente siente cansancio, ánimo a que se recueste durante el día; cerciórese de que se alimenta bien.

7. Comunique a la mujer las complicaciones tardías:

- la radiación hará que la mujer premenopáusica ingrese en la menopausia con los síntomas típicos de ausencia de menstruación, accesos de calor y sequedad vaginal;
- los síntomas vaginales de la menopausia se agudizan todavía más debido a la fibrosis vaginal y el estrechamiento de la vagina, de modo que el coito resulta incómodo o imposible de practicar. Se deben prescribir lubricantes y dilatadores vaginales para mantener la vagina libre de adherencias. Es importante mantener la luz vaginal para permitir la inspección del cuello uterino. Hay que procurar que la mujer continúe con su actividad sexual;
- a partir de los seis meses después del tratamiento, la piel irradiada puede presentar zonas pigmentadas, despigmentadas o entumecidas;
- se puede producir un angostamiento prolongado del recto y formar un conducto (fístula) entre la vagina y éste. Ambas son complicaciones extremadamente incapacitantes, que pueden exigir una intervención quirúrgica adicional o incluso una colostomía;
- la vejiga puede volverse rígida y disminuir de tamaño; ello hará que la mujer orine a menudo y la expondrá a infecciones urinarias. En raras ocasiones se puede formar una comunicación o fístula vesicovaginal que produce incontinencia. Ello puede necesitar una reparación quirúrgica;
- en muy raros casos (uno entre mil), la radiación puede estimular el desarrollo de un nuevo cáncer.

HP 16

Hoja Práctica 16: Telerradioterapia pélvica

HOJA PRÁCTICA 17: BRAQUIRADIOTERAPIA

HP 17

Hoja Práctica 17: Braquirradioterapia

La braquirradioterapia es la radioterapia administrada por una fuente de radiación emplazada cerca del tumor, esto es, dentro del útero y en la bóveda vaginal. Esta Hoja Práctica se ha incluido para que el dispensador de atención primaria o secundaria pueda explicar el procedimiento a la paciente antes de su ingreso en el hospital y la ayude a recuperarse cuando vuelva a casa.

EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Brinde a la mujer toda la información que pueda acerca del procedimiento, la anestesia y los efectos secundarios y las complicaciones posibles de la terapia. La descripción que sigue le ayudará a responder las posibles preguntas de la paciente.

Braquirradioterapia con tasa reducida de dosis (TRD)

Preparación

1. El personal del hospital instruirá a la paciente acerca de los preparativos: la ropa que debe llevar consigo y los medicamentos que debe tomar de antemano.
2. Se explicará detalladamente el tratamiento y sus complicaciones posibles y se pedirá el consentimiento informado. Se dará cita a la mujer para su ingreso en el hospital.

Procedimiento

3. El día del procedimiento, conducirán a la paciente al quirófano y le administrarán un anestésico general.
4. Se colocará una sonda en la vejiga de la paciente.
5. Se realizará una exploración ginecológica.
6. Con ayuda de un espéculo en la vagina, se colocarán unos dispositivos metálicos especiales en el interior del conducto cervical y alrededor del mismo en la vagina. Estos dispositivos contendrán las fuentes de radioactividad.
7. Se controlará su ubicación por medio de una radiografía.
8. Cuando se despierte la paciente, la llevarán al servicio de enfermedades infecciosas (una sala protegida).
9. Le indicarán a la paciente que permanezca acostada boca arriba el tiempo que dure el tratamiento (aproximadamente dos días).

HP 17

10. La sonda vesical permanecerá insertada y conectada a una bolsa de recolección de orina.
11. El personal hospitalario abandonará la sala y se cargarán, por control computarizado, las fuentes radioactivas dentro de los dispositivos metálicos previamente insertados cerca del tumor.
12. La paciente no sentirá dolor alguno mientras recibe el tratamiento.
13. La puerta de la sala permanecerá cerrada durante todo el procedimiento. La paciente deberá utilizar un orinal para defecar. Podrá comunicarse con el personal de enfermería por un enlace de audio y le servirán la comida en la cama. Podrá leer, escuchar la radio y ver televisión para distraerse, ¡lo importante es que guarde cama en permanencia! Se permitirá un número muy reducido de visitas.
14. Una vez finalizado el procedimiento, la paciente recibirá un sedante leve y le quitarán las fuentes de radiación así como los dispositivos.
15. En cuanto se recupere de los efectos sedantes, le darán el alta hospitalaria.

En algunos hospitales, dos de dichos tratamientos se administran con una semana de diferencia.

Braquirradioterapia con tasa elevada de dosis (TED)

El procedimiento es parecido al de la braquirradioterapia de TRD, con las siguientes diferencias:

1. El tratamiento comenzará usualmente en el curso de la tercera semana posterior al inicio de la telerradioterapia.
2. Cada tratamiento dura solamente una hora y se administra en régimen ambulatorio. Puede realizarse bajo los efectos de un analgésico leve; rara vez se administra anestesia.
3. Tras el sondaje vesical, se realizarán repetidamente exploraciones vaginales con espéculo y manuales y se insertarán los separadores vaginales y el espéculo.
4. Se insertará en el útero una sonda braquirradioterápica de metal y se conectará con la unidad remota de braquirradioterapia de carga diferida que contiene la fuente radioactiva.
5. Se indicará a la paciente que permanezca en su sitio mientras el personal abandona la habitación. La paciente debe permanecer en la misma posición durante todo el tiempo que la irradian, proceso que lleva varios minutos.

6. Cuando el proceso termine pueden darle el alta.
7. El número de tratamientos varía entre dos y ocho, pero normalmente son 4. El intervalo entre tratamientos puede variar entre un día y una semana.
8. Después del primer tratamiento, le darán a la paciente una serie de citas para los tratamientos restantes.

Efectos secundarios y complicaciones posibles de la braquirradioterapia ginecológica

Los efectos secundarios de la braquirradioterapia son idénticos a los de la telerradioterapia pélvica (véase la Hoja Práctica 16). La información y la orientación que se suministra a la paciente también son semejantes.

Informe a la paciente sobre los anestésicos y sedantes que le administrarán para que se sienta más tranquila. La braquirradioterapia contribuye en gran medida a la aparición de síntomas vaginales de fibrosis local, atrofia mucosa y formación de petequias, lo cual predispone a la hemorragia local. También puede promover la aparición de complicaciones rectales y vesicales tardías.



HP16 Telerradioterapia

HP 17

Hoja Práctica 17: Braquirradioterapia



CAPÍTULO 7: CUIDADOS PALIATIVOS

CAPÍTULO 7: CUIDADOS PALIATIVOS

Puntos clave

- Los cuidados paliativos son un elemento esencial del control del cáncer cervicouterino.
- La finalidad de los cuidados paliativos es evitar el sufrimiento en vano y mejorar la calidad de vida tanto de las mujeres aquejadas de cáncer cervicouterino avanzado como de sus familias, mediante apoyo emocional, atenuación de los síntomas, cuidados terminales y asistencia en situaciones de duelo. Los cuidados paliativos abordan las necesidades físicas, psicosociales y espirituales de las pacientes y sus familias.
- La prestación de cuidados paliativos debe comenzar tan pronto como se diagnostique el cáncer de cuello uterino a fin de anticipar las necesidades y planificar las medidas preventivas y terapéuticas y ponerlas en práctica.
- Los cuidados paliativos pueden ayudar a las personas que padecen una enfermedad avanzada a soportar con paz y dignidad las fases difíciles y terminales de la vida.
- La supresión del dolor puede considerarse un derecho humano; así y todo, el alivio del dolor sigue siendo ampliamente infrautilizado. Deben reforzarse los mecanismos para aliviar el dolor.
- Con una amplia combinación de métodos medicinales y no medicinales el dolor se puede mitigar eficazmente en el 90% de los casos.
- Las pacientes y sus cuidadores necesitan formación, apoyo permanente y material para prestar cuidados paliativos, entre ellos, el tratamiento de los síntomas a domicilio.

ACERCA DE ESTE CAPÍTULO

Este capítulo aborda uno de los componentes más importantes y a menudo desatendidos del programa de control integral del cáncer cervicouterino. Se centra en la importancia de disponer de un equipo de dispensadores clínicos y domiciliarios preparados, que puedan hacer más cómoda y satisfactoria la vida de la paciente cancerosa en sus postrimerías, y proporciona orientación sobre el tratamiento de los síntomas. Se considera que la familia de la paciente forma parte del equipo de cuidadores. La mayoría de las cuestiones que se abordan en este capítulo incumben asimismo a pacientes aquejadas de otras enfermedades incurables que exigen cuidados paliativos. Las hojas prácticas 18 a 20 proporcionan instrucciones detalladas sobre el tratamiento del dolor, los síntomas vaginales y otros problemas que suelen afligir a las pacientes gravemente enfermas.

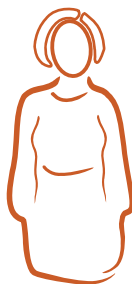


HP 18, 19, 20

PAPEL DEL DISPENSADOR DE ATENCIÓN SANITARIA

El dispensador de atención sanitaria desempeña un papel primordial a la hora de mejorar la calidad de vida de la paciente aquejada de una enfermedad potencialmente mortal y de su familia.²⁰ Los dispensadores de todos los niveles del sistema sanitario deben trabajar en equipo para proporcionar tratamiento, consuelo y asistencia y transmitir información y técnicas precisas a la paciente, su familia y la comunidad. Para lograrlo, los dispensadores necesitan una formación especialmente centrada en la gestión de los problemas físicos y emocionales y deben tener aptitudes para la comunicación y la comprensión.

Historia



Amelia es una mujer de 57 años originaria de Angola; tuvo seis hijos y numerosos nietos. Un día, su **hija mayor** la condujo al hospital comarcal más cercano, a unos 95 kilómetros de distancia de su casa, debido a un flujo vaginal extremadamente fétido que persistía desde hacía varios meses. La médica que la examinó hizo algunas pruebas y le explicó que padecía un cáncer cervicouterino en estadio avanzado que se había extendido a la vagina, la vejiga y

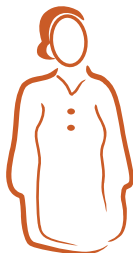


las paredes pélvicas. El mal olor se debía a que la orina pasaba de la vejiga a la vagina por infiltración y luego se mezclaba con el exudado del tumor. La médica le dijo que, por desgracia, no había tratamiento ni curación posible del cáncer en ese estadio, pero que podían cuidarla y confortarla en su casa. Añadió que ella misma trabajaba con agentes de salud de la comunidad cerca del pueblo donde vivía Amelia y que dichos agentes solían prestar atención domiciliaria a personas muy enfermas de SIDA, cáncer u otras enfermedades. A continuación preparó un volante para la mujer a cargo de la organización de atención domiciliaria, en el que detalló la enfermedad de Amelia y le solicitó que visitase a la enferma en su domicilio. La médica aseguró que trabajaría a distancia con la agente de salud para que Amelia dispusiera de los medicamentos necesarios, por ejemplo, de analgésicos, pues el dolor podía intensificarse con la progresión del cáncer.

...../

²⁰ En este contexto, la «familia» incluye a todas aquellas personas que la paciente considere importantes.

Si bien Amelia y su hija se impresionaron y entristecieron con la noticia, la amabilidad y la preocupación de la médica lograron tranquilizarlas. Su promesa de que velaría por la atención de la paciente en colaboración con la agente de salud local les infundió un mayor ánimo y esperanza en el futuro.



La agente de salud acudió según lo prometido; enseñó a Amelia y su hija a resolver algunos problemas, la fabricación de toallas higiénicas con trapos viejos y limpios a fin de absorber el flujo vaginal, indicando la frecuencia con que debían reemplazarlas y la forma de lavarlas, la aplicación de vaselina sobre la zona vaginal (pues la piel comenzaba a irritarse a causa de la humedad constante), el lavado delicado diario de la región con jabón y agua y los baños de asiento.

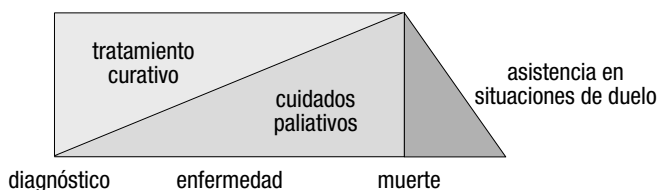
Con el consentimiento de Amelia, habló con el resto de la familia para que ayudaran a la enferma y se ayudaran entre ellos durante la enfermedad de Amelia y recaló la importancia de que se repartieran las tareas conforme empeorase la enfermedad. Habría más ropa para lavar, dado que la ropa de cama e interior debían lavarse con frecuencia, habría que proteger el lecho de la secreción y la orina con una cubierta de plástico; podrían comprarse analgésicos en el hospital misional local a precio reducido, que alguien tendría que ir a buscar periódicamente, y podría conseguirse ayuda adicional a domicilio a través de la iglesia de Amelia. La familia era pobre, pero la agente de salud ayudó a formalizar el apoyo de la comunidad, la iglesia y la misión local, de modo que nunca faltase el material necesario.

Procuró que los familiares comprendieran la importancia de que Amelia siguiera formando parte de sus vidas diarias, así como de la vida de la comunidad. La familia se encargó de que los amigos de la enferma la visitasen cuando ésta se sentía suficientemente bien, se turnaron para cocinar y siempre cuidaron que hubiese alguien cerca de la enferma cuando ésta ya no tuvo fuerzas para levantarse del lecho. Amelia sintió que no la dejaban de lado a causa de su enfermedad. Incluso en la agonía, la conversación y el buen ánimo reinante mantuvieron la casa llena de vida y Amelia se sintió querida y necesitada hasta el fin de sus días.

UN ENFOQUE AMPLIO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Los cuidados paliativos tienen por finalidad mejorar la calidad de vida de las pacientes y de las familias respectivas que se confrontan con los problemas asociados a una enfermedad potencialmente mortal. Los cuidados paliativos no son únicamente terminales, sino que incluyen asimismo el tratamiento de todos los síntomas angustiantes, entre ellos, el dolor. Las necesidades futuras de la paciente se han de sopesar en el momento mismo en que se le diagnostica el cáncer avanzado para poder anticipar, prevenir o solucionar los problemas (Figura 7.1). Pueden prestar cuidados paliativos personas de la familia, de la comunidad, de los centros sanitarios y de los hospitales.

Figura 7.1 Gama de cuidados



¿Por qué son necesarios los cuidados paliativos?

Incluso disponiendo de los mejores programas de prevención y cribado, algunas mujeres serán diagnosticadas de una enfermedad avanzada o contraerán tal enfermedad y necesitarán asistencia clínica y emocional, así como alivio del dolor. En muchos países de pocos recursos, los programas de cribado sistemático no llegan a las mujeres y a muchas de ellas se les diagnostica un cáncer cervicouterino únicamente cuando los síntomas se manifiestan, normalmente en los estadios avanzados de la enfermedad (véase el Capítulo 6). Además, es posible que no existan establecimientos para el tratamiento del cáncer cervicouterino o que muchas mujeres no puedan acudir a ellos; el resultado es que algunas mujeres afectas de neoplasias malignas relativamente incipientes no recibirán el tratamiento más eficaz. En dichas circunstancias, los cuidados paliativos revisten particular importancia, pues muchas de esas mujeres necesitarán alivio del dolor y atenuación de otros síntomas angustiantes. Se debe disponer de los recursos adecuados para atender a las enfermas que no pueden curarse, especialmente en las regiones rurales con pocos servicios de salud, donde muchas mujeres morirán en su domicilio en condiciones difíciles.

Las pacientes que padecen otras enfermedades crónicas graves, como el SIDA, también necesitan cuidados especiales y se han de hacer esfuerzos por establecer un equipo de dispensadores con conocimientos y aptitudes en materia de cuidados paliativos en todos los niveles del sistema sanitario. Si fuera apropiado, las familias de las pacientes deben formar parte de los equipos de cuidados paliativos.

RECOMENDACIÓN

Las necesidades de las mujeres con enfermedades incurables deben atenderse en el marco de los servicios de cuidados paliativos existentes o de servicios nuevos creados a tal efecto. Es preciso formar dispensadores en todos los niveles y proporcionarles los medios necesarios para resolver los problemas físicos y psicosociales más frecuentes, prestando una especial atención a la atenuación del dolor.

Principios de los cuidados paliativos

Los cuidados paliativos:

- proporcionan alivio del dolor y de otros síntomas angustiantes;
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso natural;
- no pretenden ni acelerar ni retrasar la muerte;
- integran los aspectos clínicos, psicológicos y espirituales de la asistencia;
- ofrecen a la paciente y su familia toda la capacidad de toma de decisiones y de autonomía que deseen y sean capaces de aceptar;
- constituyen un sistema de apoyo para ayudar a las pacientes a vivir tan activas como puedan serlo hasta la muerte;
- constituyen un sistema de apoyo para ayudar a la familia a sobrellevar la enfermedad de la paciente y el duelo familiar;
- usan una táctica de equipo;
- mejorarán la calidad de vida y quizás también afecten favorablemente el curso de la enfermedad;
- se aplican anticipadamente en el curso de la enfermedad, junto con otras terapias cuya finalidad es prolongar la vida, como la cirugía y la radioterapia.

Componentes esenciales de los cuidados paliativos

- *Prevención y tratamiento de los síntomas:* ello puede abarcar desde la radiación paliativa para reducir el tamaño del tumor, hasta el tratamiento de las secreciones, fístulas o hemorragias vaginales, problemas de nutrición, úlceras de decúbito, fiebre y contracturas. Siempre que sea posible se ha de enseñar a las familias a prevenir inconvenientes y a brindar apoyo a la paciente en sus actividades cotidianas, como bañarse, ir al servicio y moverse.
- *Alivio del dolor:* el dolor puede aliviarse eficazmente en el 90% de los casos aplicando el enfoque medicinal descrito en este capítulo, a la par que otros métodos no medicinales complementarios.

- *Apoyo psicosocial y espiritual:* éste es un componente importante de los cuidados paliativos y requiere dispensadores competentes con buenas técnicas de comunicación.
- *Participación familiar:* el agente de salud puede ocuparse de que la paciente y su familia comprendan la naturaleza y el pronóstico de la enfermedad y el tratamiento recomendado. El agente de cuidados paliativos debe ser asimismo capaz de ayudar a la paciente a tomar decisiones acerca de sus propios cuidados. La paciente y su familia deben tener la sensación de manejar la situación, con el apoyo íntegro del equipo sanitario, cuya tarea es suministrar la información y los consejos apropiados y respaldar las decisiones fundadas.

Los cuidados paliativos requieren la aplicación sistemática y continua de las cinco etapas que se detallan a continuación (las cinco «A»). Como otros aspectos de la atención del cáncer cervicouterino, este enfoque necesita recursos adecuados y un trabajo de equipo.

Las cinco «A» de los cuidados paliativos : Analizar, Aconsejar, Acordar, Asistir y Agenciar

Analizar:	Juzgue el estado de la paciente e identifique los tratamientos necesarios; evalúe el conocimiento, las preocupaciones y las aptitudes de los cuidadores y la paciente con relación a la enfermedad y el tratamiento.
Aconsejar:	Explique cómo prevenir y tratar los síntomas y transmita los conocimientos necesarios, poco a poco, por medio de demostraciones y de la práctica observada.
Acordar:	Tras haber suministrado información y enseñado técnicas, cerciórese de que la paciente sepa lo que hay que hacer y que quiera hacerlo. Facúltela para permanecer a cargo de la situación. Propicie la autosuficiencia de la paciente y la asistencia familiar.
Asistir:	Asegúrese de que la paciente y su familia tengan suficiente material para sobrellevar las situaciones difíciles y preste la asistencia requerida. Provea instrucciones por escrito a modo de recordatorio de lo que hay que hacer, con dibujos para las personas que no pueden leer, si fuera necesario.
Agenciar:	Concierte la cita de la próxima consulta. Cerciórese de que la paciente, su familia y los demás cuidadores sepan a qué sitio acudir cuando tengan preguntas o problemas que resolver.

Asegúrese de que la familia sepa cuándo y a quién acudir en busca de ayuda.

La función de la familia en los cuidados paliativos

Se debe disponer de cuidados paliativos dondequiera que las pacientes estén: en sus hogares, en hospitales o en centros de asistencia y apoyo para enfermos desahuciados, etcétera. En los países en desarrollo, la mayoría de las pacientes muere en el hogar y la familia desempeña una función primordial en la prestación de cuidados paliativos. Siempre que la paciente lo consienta y fuera apropiado, habría que procurar que la familia tenga capacidad de decisión y participe en la toma de decisiones conjuntas, que sea constantemente informada de las decisiones médicas, como pueden ser los cambios de cuidador y de tratamiento, así como aleccionada en las mejores prácticas de cuidados paliativos. Se les puede enseñar a los familiares y demás cuidadores de la paciente a brindar atención domiciliaria. La asistencia clínica deben ofrecerla profesionales sanitarios capacitados para administrar los medicamentos recomendados en el marco jurídico nacional. Los dispensadores de cuidados paliativos o domiciliarios deben recibir un apoyo asiduo de los profesionales sanitarios del primer nivel (médico, técnico clínico o enfermera), quienes a su vez deberían estar disponibles para consulta o remisión cuando sea preciso.

Acceso a recursos locales para la asistencia a domicilio

Cuando una mujer ya no puede trabajar ni atender a su familia, es posible que haya que estirar todavía más los magros recursos. El dinero para comprar la comida, el material y los medicamentos necesarios con que cuidar a la persona, e incluso el material mismo, pueden conseguirse en ocasiones a través de organizaciones no gubernamentales nacionales, regionales o locales, organizaciones confesionales, asociaciones de mujeres y organizaciones basadas en la comunidad. Siempre que sea posible, un programa de cuidados paliativos o de atención domiciliaria debe vincularse con dichos organismos y proporcionar referencias a las mujeres y sus familias.

TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS USUALES DEL CÁNCER DISEMINADO

Las mujeres con cáncer avanzado pueden sufrir una constelación de problemas físicos, psicológicos y emocionales. El dolor casi siempre forma parte de dicha constelación y su alivio siempre debe formar parte de los cuidados paliativos.

Tratamiento del dolor

El alivio del dolor en las pacientes enfermas de cáncer:

- se dispensa muy por debajo de sus posibilidades, con el resultado de que muchas pacientes sufren en vano;
- es posible y barato;
- necesita de la cooperación y la comunicación bidireccional entre cuidadores domiciliarios y dispensadores clínicos en todos los niveles del sistema sanitario.

Si bien los cuidadores domiciliarios están más al corriente de las necesidades de la paciente, los dispensadores clínicos pueden ofrecer apoyo y medicamentos.



Tratamiento del dolor

Los principales obstáculos del alivio eficaz del dolor son:

- el desconocimiento por parte del personal sanitario y del público en general de que el alivio del dolor es posible y barato;
- falta de disponibilidad de analgésicos como resultado de políticas reglamentarias restrictivas. Aunque en principio se dispone de medicamentos fiscalizados contra el dolor (opiáceos y morfina oral), las políticas nacionales de fiscalización farmacológica pueden restringir la prescripción o la dispensación de tales medicamentos por parte de los dispensadores, como los médicos.
- los temores infundados de los dispensadores de fomentar la drogodependencia en las pacientes y de infringir las leyes de represión de estupefacientes.

Se deben acatar las normas y los reglamentos nacionales. Debe revisarse detenidamente dicha reglamentación para ver si autoriza que personas sin formación médica administren tratamiento analgésico bajo la supervisión de un médico o enfermera. En caso contrario, el personal médico y sin formación médica debe aunar esfuerzos para propugnar el derecho de las pacientes a librarse del dolor.

En el contexto de los cuidados paliativos dentro de los programas nacionales de lucha contra el cáncer, se debe modificar la reglamentación farmacéutica restrictiva para que permita aliviar el dolor. Si bien no incumbe al equipo de cuidadores modificar políticas ni leyes, los dispensadores deben propugnar y exigir la modificación de políticas con vistas a derribar los obstáculos para acceder al alivio del dolor, incluidos los opioides.

RECOMENDACIÓN

Un programa de control integral del cáncer cervicouterino debe velar por la disponibilidad de opioides, sustancias no opiáceas y analgésicos coadyuvantes, especialmente de morfina para administración oral.

La escalera analgésica de la OMS

La OMS ha concebido un método eficiente y relativamente barato para aliviar el dolor canceroso en aproximadamente el 90% de las pacientes. Este método para aplacar el dolor canceroso se conoce como «escalera analgésica de la OMS» y se describe en la Hoja Práctica 18. Puede resumirse como sigue:

- por vía oral: siempre que sea posible, los analgésicos se deben administrar por vía oral a fin de posibilitar la aplicación generalizada de este método;
- según el reloj: los analgésicos deben administrarse a intervalos fijos. Se debe administrar la próxima dosis antes de que desaparezcan por completo los efectos de la dosis previa para asegurar un continuo alivio del dolor;
- paso a paso: el primer paso es administrar un fármaco no opioide, normalmente paracetamol. Si el dolor no cede, se pueden administrar opioides, como la codeína,



Tratamiento del dolor

- contra el dolor leve a moderado. El tercer paso es administrar opioides, como la morfina, contra el dolor agudo. En ciertas circunstancias se pueden administrar adicionalmente unos fármacos denominados «coadyuvantes»; por ejemplo, se pueden administrar psicofármacos para calmar el miedo y la angustia;
- según la persona: no existe una dosis establecida para los fármacos opioides. La dosis adecuada es aquella capaz de aliviar el dolor de la paciente.

Dos reglas para la dosificación de opiáceos:

No existe una dosis establecida para los fármacos opioides: la dosis adecuada es la que alivia el dolor. No existe una dosis tope para los fármacos opioides: la dosis deberá aumentarse gradualmente conforme la paciente se vuelva tolerante a los efectos analgésicos.

En las enfermas de cáncer cervicouterino, el tratamiento del dolor dependerá de la parte del cuerpo afectada. En la Tabla 7.1 se resume el tratamiento de algunos síndromes dolorosos de frecuente manifestación.

Tabla 7.1 Síndromes dolorosos en el cáncer cervicouterino y su tratamiento

Síndrome, manifestaciones clínicas	Dolor probablemente debido a:	Tratamiento
Dolorimiento en un hueso, puede agravarse con el movimiento (el dolor agudo o el dolorimiento en huesos que soportan peso necesita atención urgente para evitar las fracturas)	Metástasis en el hueso	• Radioterapia • Bisfosfonatos • Cirugía (por ejemplo, fijaciones) en huesos que soportan peso • AINE* ± paracetamol: siempre son necesarios (salvo que existan contraindicaciones) • Corticoesteroides, si los AINE están contraindicados • Opioides, si el dolor no ha cedido
Dolor en el pie y la pantorrilla izquierdos, posible pérdida de fuerza física	Afectación del plexo lumbosacro	• AINE* ± paracetamol • Esteroides: 4 mg de dexametasona durante 1 o 2 días, luego 2 mg diarios. • Opioides • ± antidepresivos tricíclicos o un anticonvulsivo
Dolor a la flexoextensión de la cadera (signo del psoas) Dolor de piernas	Infiltración del músculo psoas	• Lo mismo que antes, pero diazepam u otro antiespasmódico esencial

*Antinflamatorios no esteroides.

Métodos no medicinales que contribuyen a paliar el dolor

Muchos métodos no medicinales, adaptados a las costumbres y cultura locales, pueden contribuir a paliar el dolor. Dichos métodos pueden utilizarse en asociación con analgésicos, pero nunca deben utilizarse en reemplazo de medicamentos analgésicos que resulten eficaces. El tratamiento no medicinal del dolor puede comprender: apoyo emocional, métodos físicos (tacto y masaje), distracción, oración, meditación y otros métodos tradicionales del lugar, mientras no sean perjudiciales. Deben ser aplicados solamente con el consentimiento y el conocimiento explícitos de la paciente y de su familia.

Prevención y tratamiento de otros trastornos de la enfermedad avanzada

Los trastornos que habrá que enfrentar en casa pueden ser los siguientes:

- flujo vaginal;
- fístulas;
- hemorragia vaginal;
- náuseas y vómitos;
- diarrea o estreñimiento;
- fiebre;
- falta de apetito, emaciación, debilidad y fatiga;
- tumefacción de piernas;
- úlceras de decúbito;
- dificultad para respirar;
- depresión.



HP 19: Atención domiciliaria
HP20: Flujo vaginal

MUERTE Y AGONÍA

Anticipación de cuestiones prácticas

A fin de ayudar a la paciente y su familia a sobrellevar el peso de la muerte inminente y el duelo, los dispensadores de atención domiciliaria pueden animar el debate de asuntos tan importantes como la escritura del testamento, el apoyo económico de la familia, el cambio de funciones en el seno familiar y la resolución de viejas querellas.

Preparación para la muerte

El fomento de la comunicación en la familia puede hacer que la muerte sea menos estresante y el duelo más llevadero (remítase al Capítulo 6 si desea orientación adicional sobre cómo dialogar con la paciente desahuciada y su familia). A veces, la paciente puede expresar sentimientos de cólera y otros sentimientos violentos hacia los familiares

más próximos y el dispensador de atención sanitaria; dichos arrebatos deben aceptarse y no hay que tomarlos como algo personal.

El dispensador formado puede ayudar a la mujer agonizante de la siguiente forma:

- ayudándola a contender con los sentimientos de culpa o arrepentimiento;
- conversando con ella acerca de su muerte inminente;
- consolándola y atendiéndola;
- respondiendo a sus reacciones de congoja, como la negación, la tristeza, la disconformidad, la ansiedad, la ira, la humillación, la desesperación, la culpa y la resignación;
- manteniéndose abierto al diálogo, dándole la oportunidad de comunicar sus sentimientos, sin presionarla si no está dispuesta a hablar aún;
- ofreciendo apoyo práctico, por ejemplo, ayuda para escribir el testamento;
- preguntándole cómo prefiere morir (dónde y si en presencia de la familia solamente o con asistencia pastoral);
- velando por que se respeten sus deseos.

Al considerar la posibilidad de trasladar a la paciente al hospital, los cuidadores han de tener en cuenta los deseos de la paciente y de la familia. Probablemente no sea apropiado trasladar una paciente agonizante, salvo si ella lo solicita.

Muerte

En el momento de la muerte, es fundamental respetar los ritos y rituales locales, así como los deseos personales previamente comunicados de la paciente acerca del cuidado del cuerpo, el funeral y otras cuestiones.

Duelo

La asistencia en situaciones de duelo es el apoyo brindado a la familia después del fallecimiento de la paciente, para ayudarles a aceptar la pérdida del ser querido. Los agentes de atención domiciliaria y los dispensadores clínicos que brindan cuidados terminales a la mujer pueden hacerse eco de la tristeza de la familia animándoles a que hablen y relaten sus recuerdos. No se trata de que los agentes ofrezcan consuelo fingido, sino de que sean compasivos, se tomen el tiempo de escuchar y traten de organizar el apoyo práctico con la participación de los familiares y amigos.

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

En los entornos de escasos recursos, los cuidados paliativos casi siempre están a cargo de agentes de salud comunitarios sin formación.

Para ser eficaces, dichos agentes necesitan:

- formación en cuidados paliativos clínicos y psicológicos, que puede impartirse en 1 a 3 semanas para aquellos que poseen conocimientos médicos básicos;
- supervisión de apoyo por parte de enfermeras especializadas en cuidados paliativos o de otras personas capacitadas para resolver los problemas psicológicos y médicos que afectan a las pacientes gravemente enfermas;
- medicamentos esenciales y demás material imprescindible para brindar cuidados paliativos eficaces, proveídos según la lista de medicamentos esenciales del país. El establecimiento de atención primaria de salud puede encargarse de que los dispensadores de atención domiciliaria y sus pacientes dispongan regularmente de material;
- un lugar seguro para conservar los medicamentos y un sistema separado para vigilar el uso de los analgésicos, si así lo exige la autoridad reguladora en materia de medicamentos;
- comunicación fluida con el sistema sanitario oficial y acceso a dispensadores con mayor experiencia a efectos consultivos y de derivación de las pacientes cuando sea necesario.



Atención domiciliaria

Táctica de equipo en los cuidados paliativos

Los dispensadores de todos los niveles de asistencia, desde los especialistas hasta los de atención domiciliaria, deben trabajar en equipo para asegurar la mejor calidad de vida y un óptimo desenlace a la paciente enferma de cáncer cervicouterino avanzado. En los centros de atención terciaria, el equipo puede estar formado por un ginecólogo, un radioterapeuta, un técnico radioterápico, un psicólogo o consejero, un nutricionista, un fisioterapeuta, una enfermera oncológica, un farmacéutico, un asistente social y una enfermera especializada en cuidados paliativos. En los entornos de escasos recursos es improbable que dicho equipo especializado pueda desempeñarse en la comunidad de residencia de la mujer. Se deben concebir estrategias a fin de que los dispensadores comunitarios individuales a cargo del cuidado continuo de la paciente puedan funcionar de enlace entre la paciente y su familia y el personal del centro sanitario y los hospitales comarcales y centrales.

CUIDADOS PALIATIVOS EN LOS DISTINTOS NIVELES DEL SISTEMA SANITARIO

En la comunidad



- Visitar de forma periódica y programada el hogar de la paciente a fin de anticipar y seguir de cerca los problemas.
- Facilitar el acceso a material y medicamentos.
- Enseñar métodos de cuidado y consuelo a la paciente y su familia y cerciorarse de que se aplican.
- Responder preguntas, proporcionar información y archivar la documentación.
- Animar a la familia a que mantenga a la paciente ocupada en la vida familiar tanto como sea posible.

En el centro sanitario



- Supervisar y apoyar a los agentes de salud de la comunidad que visitan a las mujeres enfermas de cáncer cervicouterino en sus domicilios y mantener el material que éstos necesitan.
- Proporcionar atención en el seguimiento habitual o de urgencia a los trastornos que surjan después del diagnóstico de cáncer invasor o del tratamiento de dicho cáncer.
- Gestionar las derivaciones a otros establecimientos que prestan cuidados paliativos.

En el hospital comarcal



- Permanecer en contacto con los dispensadores de cuidados paliativos y del centro sanitario y ocuparse del seguimiento de las pacientes derivadas de este nivel.
- Apoyar y supervisar al equipo en los niveles inferiores.
- Administrar tratamiento y prestar asistencia.
- Derivar a las pacientes al nivel central si surgen trastornos graves que pueden ser mejor atendidos allí, como las hemorragias vaginales o los dolores incoercibles.

En el hospital central



- Participar en los servicios de cuidados paliativos organizados en los niveles de atención primaria y comarcal. Asistir, formar y supervisar a dispensadores de los niveles inferiores y a los agentes de salud de la comunidad.
- Practicar ciertos procedimientos paliativos; por ejemplo, la radioterapia.
- Aconsejar y aleccionar a la familia y la paciente sobre cómo prevenir los problemas más frecuentes, como las contracturas y las escaras de decúbito.
- Participar en la formulación de un plan de atención domiciliaria adaptada a las necesidades de cada paciente. Remitir nuevamente a las pacientes a establecimientos que estén más cerca de sus hogares, con instrucciones a

dichos establecimientos y supervisión a distancia. Atención de consultas por teléfono o correo electrónico.

- Escribir recetas de medicamentos, como los analgésicos, incluida la morfina oral, y suministrarlas a la paciente o sus cuidadores para uso inmediato o futuro.
- Visitar cada tanto la comunidad para animar sesiones de capacitación en beneficio de los agentes de atención comunitaria y de los agentes de salud de la comunidad y enterarse por boca de ellos de las condiciones en que trabajan, así como de las condiciones en que viven los pacientes.

RECURSOS ADICIONALES

- Bruera E, de Lima L, ed. *Cuidados paliativos: guías para el manejo clínico*. Washington, DC, Pan American Health Organization, International Association for Hospice and Palliative Care, 2004.
- Burns AA et al. *Where women have no doctor. A health guide for women*. Berkeley, CA, Hesperian, 1997.
- Davis E, Higginson IJ, ed. *Palliative care: the solid facts*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004.
- Doyle D, Hanks G, Cherney NI. *Oxford textbook of palliative medicine*, 3rd ed. Oxford, Oxford University Press, 2003.
- European Association for Palliative Care. *A guide to the development of palliative nurse education in Europe, report of the EAPC task force*. Milan, EAPC, 2004.
- *Palliative care for women with cervical cancer: a field manual*. New York, NY, Seattle WA, PATH, EngenderHealth, 2003.
- *Palliative care for women with cervical cancer: a Kenya field manual*. Washington, DC, PATH, 2004.
- Recommendation 24 of the Committee of Ministers to Member States on the organisation of palliative care and explanatory memorandum, 2003 (adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th Meeting of the Ministers' Deputies) (www.coe.int).
- OMS. *Alivio del dolor en el cáncer*, 2.^a ed. Ginebra, 1996.
- OMS. *Narcotic and psychotropic drugs: achieving balance in national opioids control policy-guidelines for assessment*. Ginebra, 2000.
- OMS. *National cancer control programmes*, 2nd ed. Ginebra, 2002.
- OMS. *Palliative care: symptom management and end-of-life care. Interim guidelines for first-level facility health workers*. Geneva, 2004 (WHO/CDS/IMAI/2004.4 Rev. 1).
- OMS. *Caregiver booklet: a guide for patients, family members and community caregivers*. Ginebra, 2004.

HOJA PRÁCTICA 18: TRATAMIENTO DEL DOLOR

HP 18

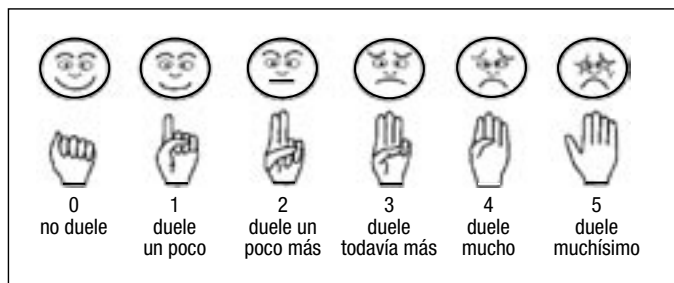
En esta Hoja Práctica se describen las medidas clínicas para aliviar el dolor. Si desea más sugerencias sobre el tratamiento del dolor, consulte asimismo la Tabla 7.1.

Puede considerarse que la supresión del dolor es una cuestión de derechos humanos

TRATAMIENTO DEL DOLOR ²¹

1. Evalúe el dolor de la paciente. En la medida de lo posible, establezca la causa, identifique cualquier dolor nuevo y cambio percibido en el dolor preexistente. Haga las siguientes preguntas a la paciente:
 - ¿Dónde se localiza el dolor? ¿Qué lo alivia o intensifica? ¿Qué clase de dolor es?
 - ¿Qué toma contra el dolor?
 - Además de la causa física relacionada con el cáncer, ¿existe algún otro motivo psicológico o espiritual que pueda justificar el dolor? ¿Se siente preocupada, atemorizada, deprimida o acongojada?
 - ¿Cuán grave es el dolor? Se pueden utilizar caras y dedos para graduar el dolor (Figura HP18.1).

Figura HP18.1 Graduación del dolor mediante el uso de dedos o caras



2. Anote los resultados en la historia clínica de la paciente y en su registro personal.
3. Si encuentra la causa del dolor, trate la causa si fuera posible (dolor óseo, espasmo muscular, dolor gastrointestinal causado por estreñimiento, tumefacción alrededor del tumor).

²¹ Adaptado de: *Palliative care: symptom management and end-of-life care. Interim guidelines for first-level facility health workers*. Ginebra, OMS, 2004 (WHO/CDS/IMAI/2004.4 Rev.1).

HP 18

Hoja Práctica 18: Tratamiento del dolor

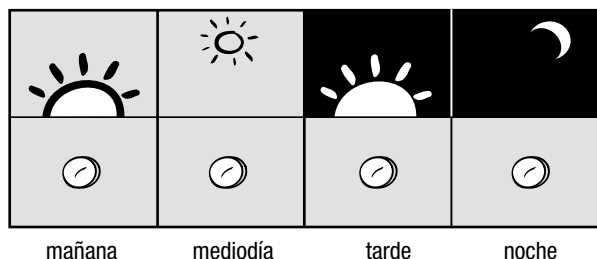
4. Administre analgésicos según las recomendaciones que se indican a continuación.
5. También puede administrar un tratamiento no medicinal mientras no sea dañino. El tratamiento no medicinal no debe reemplazar al tratamiento médico.
6. Verifique con frecuencia si la paciente necesita analgésicos, especialmente si el dolor se vuelve más intenso.

Enseñe cómo se administran los analgésicos a la mujer y sus cuidadores. Cerciórese a menudo de que la paciente recibe las dosis adecuadas de los medicamentos correctos a las horas programadas.

El dolor se debe tratar según la escalera analgésica de la OMS de alivio del dolor canceroso (véase la Figura HP 18.3) y los principios siguientes:

1. El tratamiento se ha de administrar por vía oral o rectal. En la medida de las posibilidades, evitense los medicamentos inyectables.
2. Los medicamentos se deben administrar a intervalos fijos (calculados guiándose por el reloj, la radio o el sol). Cada dosis de medicamento se debe administrar antes de que pasen los efectos de la dosis previa. Administre la primera dosis en cuanto la paciente se despierte y la última justo antes de que la paciente se acueste a dormir; no despierte a la persona que duerme tranquilamente para darle sus medicamentos. Si fuera necesario, la dosis nocturna puede duplicarse.
3. Si el dolor vuelve a manifestarse antes de que sea el momento de administrar la próxima dosis, dé inmediatamente una dosis de «rescate» (la misma dosificación que la dosis regular). Se trata de una dosis adicional y de ninguna manera debe sustituir a la dosis siguiente prevista.
4. Si fuera preciso, se debe calcular y adaptar la dosis de analgésico de forma de atenuar el dolor manteniendo a la paciente en el estado de mayor vigilia posible.
5. Especifique el horario de administración detallado de cada medicamento, ya sea con palabras o con dibujos (Figura HP18.2).

Figura HP18.2 Ejemplo de dibujo que puede utilizarse para indicar el horario de administración del medicamento



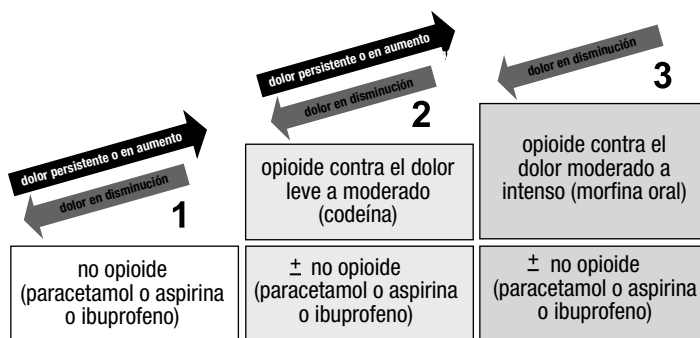
Recuerde: no existe una dosis establecida para todas las pacientes. El personal médico y los cuidadores domiciliarios deben determinar, con la paciente, la necesidad medicamentosa de esta última, en función del grado de dolor que sienta. La dosis adecuada es aquella que alivia el dolor; habrá que aumentarla gradualmente debido al desarrollo de tolerancia a los efectos de los medicamentos que normalmente ocurre en las pacientes.

Cómo administrar medicamentos contra el dolor

1. Comience con un fármaco no opioide, como el paracetamol, el ácido acetilsalicílico (aspirina) o el ibuprofeno.
2. Si el dolor persiste o aumenta, administre un opioide contra el dolor leve o moderado; por ejemplo, codeína, con o sin un fármaco no opioide (como el paracetamol, el ácido acetilsalicílico o el ibuprofeno). Cuando se prescriban opioides, administre sistemáticamente un laxante para prevenir el estreñimiento. Añada un antiemético si fuera preciso.
3. Si el dolor persiste o aumenta, administre morfina, acompañada o no de una sustancia no opioide adicional.

Nota: en la mayor parte de los países, los opioides requieren prescripción y supervisión médica.

Figura HP 18.3 Escalera analgésica de la OMS



Fuente: *Palliative care: symptom management and end-of-life care. Interim guidelines for first-level facility health workers*. Ginebra, WHO, 2004 (WHO/CDS/IMAI/2004.4 Rev.1).

Dosis y frecuencia de administración de medicamentos contra el dolor

Fármaco	Dosis inicial	Intervalo de dosis	Efectos secundarios y precauciones
NO OPIOIDES CONTRA EL DOLOR LEVE			
Paracetamol	2 comprimidos de 500 mg, cada 4–6 horas	1 comprimido en los pacientes muy enfermos puede ser suficiente, o en asociación con un opioide. La dosis máxima es 4000 mg al día	Puede provocar toxicidad hepática
Ácido acetilsalicílico (Aspirina)	600 mg (2 comprimidos de 300 mg) cada 4 horas		Evitar su uso en caso de problemas gástricos o hemorragia vaginal; suspender el uso en caso de dolor estomacal, indigestión, heces negras, pequeñas magulladuras, hemorragia
Ibuprofeno	400 mg cada 6 horas	Dosis máxima de 3000 mg (7 comprimidos y medio de 400 mg) al día	Evitar su uso en caso de problemas gástricos; en la medida de lo posible, administrar con alimentos
OPIOIDES CONTRA EL DOLOR LEVE A MODERADO			
Codeína (si no se dispone de codeína, alternar el ácido acetilsalicílico –aspirina– con el paracetamol)	30 mg, cada 4 horas	30–60 mg cada 4–8 horas	Administrar laxantes desde el principio para evitar el estreñimiento. Puede ser costoso
OPIOIDES CONTRA EL DOLOR MODERADO A INTENSO			
Morfina líquida, 5 mg/ml o 50 mg/5 ml. Por vía oral directamente de la jeringuilla; puede administrarse por vía rectal con una jeringa (sin aguja)	2,5–5 mg cada 4 horas (si el dolor persiste aumentar la dosis 1,5 ó 2 veces al cabo de 24 horas)	Según las necesidades de la paciente y la respiración. No existe una dosis tope.	Administrar laxantes para evitar el estreñimiento En caso de problemas respiratorios, reducir la dosis

MÉTODOS NO MEDICINALES QUE AYUDAN A ALIVIAR EL DOLOR

Algunos métodos, adaptados a las costumbres y la cultura locales, pueden ser sumamente importantes para ayudar a la paciente a soportar el dolor. Tales métodos pueden complementar el uso de medicamentos modernos y eficaces, pero nunca deben sustituirlos.

Los métodos no medicinales pueden ser:

- apoyo emocional: el cuidado y el apoyo de la familia y los amigos son sumamente importantes a la hora de atenuar el malestar durante la enfermedad grave;
- el tacto, como las caricias, los masajes, el movimiento de balanceo y la vibración;
- las distracciones, como la radio, la música y ayudar a la paciente a imaginar una escena tranquila o a recordar un episodio feliz de su vida;
- la oración y la meditación, según los hábitos de la paciente.

Las prácticas tradicionales, siempre que no sean perjudiciales, pueden resultar beneficiosas.

También es importante la actitud del dispensador de atención sanitaria:

- Escuche con empatía.
- Trate de entender las reacciones de la persona frente a la enfermedad (los distintos estadios de la congoja).
- Remítala a un consejero espiritual o cuidador pastoral, según su religión y sus deseos.
- Evite imponer su punto de vista.
- Faculte a la familia para que continúe prestando asistencia.

HP 18

Hoja Práctica 18: Tratamiento del dolor

HOJA PRÁCTICA 19: ATENCIÓN DOMICILIARIA ²²

HP 19

Hoja Práctica 19: Atención domiciliaria

En esta Hoja Práctica se reseñan las recomendaciones sobre atención domiciliaria de apoyo para las pacientes gravemente enfermas de cáncer cervicouterino.

- Usted puede adaptarla a la función que cumpla en los cuidados paliativos de la paciente.
- Su meta no es curar a la paciente, sino facilitarle la vida disminuyendo la gravedad de los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad y el tratamiento.
- Puede aplicar estas recomendaciones a personas con enfermedades terminales o avanzadas.
- Sea consciente de la importancia que revisten para el bienestar de la paciente las medidas físicas, emocionales, espirituales o alternativas, como pueden ser los masajes, las caricias, las distracciones –por ejemplo, la música–, la oración y la meditación y las prácticas tradicionales del lugar.
- La paciente misma debe decidir si ella u otra persona hará uso de las opciones disponibles para tratar sus problemas.

Resulta fundamental el apoyo de enfermeras y médicos, especialmente si se necesitan medicamentos.

Tratamiento de los síntomas comunes de la enfermedad avanzada

Problemas o síntomas	Causas	Prevención	Tratamiento clínico	Atención domiciliaria
Flujo vaginal, a veces nauseabundo (véase asimismo la Hoja Práctica 20)	Necrosis tumoral Fístula Proliferación bacteriana	Difícil de prevenir Radiación paliativa o extirpación del tumor	Tapone la vagina dos veces al día con trapos embebidos en vinagre, bicarbonato de sodio («soda» para hornear) o metronidazol Administre antibióticos o antimicóticos, si fuera necesario	Baños de asiento frecuentes Compresas absorbentes limpias con recambio frecuente Lavado vaginal

²² Adaptado de: *Palliative care for women with cervical cancer: a field manual*. PATH, EngenderHealth, 2003; y *Palliative care: symptom management and end-of-life care. Interim guidelines for first-level facility health workers*. Ginebra, OMS, 2004.

HP 19

Hoja Práctica 19: Atención domiciliaria

Problemas o síntomas	Causas	Prevención	Tratamiento clínico	Atención domiciliaria
Fístula vesicovaginal o rectovaginal (síntomas: fuga de orina o heces de la vagina; irritación vulvar) (véase asimismo la Hoja Práctica 20)	El tumor crea un conducto entre la vejiga o el recto y la vagina	Difícil: es un problema frecuente del cáncer cervicouterino avanzado	Ninguno	Como se indica en la celda de arriba Mantenga a la paciente limpia y cómoda Pomada de cinc o vaselina para proteger el ano y la vagina Plástico o diario debajo de la sábana, para protección
Hemorragia vaginal (véase asimismo la Hoja Práctica 20)	Tumor hemorrágico	Radioterapia paliativa	Tapone la vagina si fuera necesario	Reposo; evítese la actividad extenuante y el coito
Náuseas o vómitos	Opioides Infección gastrointestinal Dolor agudo Fiebre Radiación Quimioterapia Insuficiencia renal	Antieméticos al inicio del tratamiento con opioides y cuando sea preciso para prevenir las náuseas	Metoclopramida o prometazina por vía oral o rectal (sólo en caso estrictamente necesario por vía inyectable)	Sorbos pequeños y periódicos de bebidas rehidratantes, tisanas de jengibre, <i>ginger-ale</i> o refrescos de cola, según se toleren

Problemas o síntomas	Causas	Prevención	Tratamiento clínico	Atención domiciliaria
Diarrea	Infección gastrointestinal, parásitos, radioterapia	Higiene correcta de alimentos, lavado de manos; uso de agua potable hervida o limpia	Tratamiento etiológico, si se conoce la causa Loperamida	Líquidos, solución salina de rehidratación oral, tanto alimento como se desee; mantenimiento de la limpieza; prevención de problemas en la piel
Fiebre: temperatura del cuerpo >37 °C	Infección bacteriana (linfangitis, riñón, pulmón, etc.)	Prevención de la infección, siempre que sea posible	Tratamiento etiológico mediante la utilización de los antibióticos más adecuados Paracetamol	Cambie las sábanas; ventile el cuarto, baños con esponja, paracetamol
Estreñimiento	Opioides, ingestión deficiente de líquidos y sólidos, inmovilidad	Fomento de la ingestión de líquidos, dieta rica en fibra, movilidad, uso periódico de emolientes fecales y laxantes	Modificación de la dieta; administración de laxantes con los opioides	Modificación de la dieta; administración de laxantes con los opioides
Pérdida de apetito, emaciación	Enfermedad, medicamentos	Ingestión frecuente de alimentos en pequeña cantidad, solamente alimentos que apetezca la paciente, alimentos frescos	Pueden utilizarse corticoesteroides	Pueden utilizarse corticoesteroides
Debilidad, fatiga	Enfermedad, restablecimiento posoperativo normal, anemia, emaciación	Buena atención en general	Tratamiento etiológico, siempre que sea posible	Buena atención en general

HP 19

Hoja Práctica 19: Atención domiciliaria

Problemas o síntomas	Causas	Prevención	Tratamiento clínico	Atención domiciliaria
Tumefacción de piernas	Bloqueo linfático proveniente del tumor, linfangitis, insuficiencia renal		Antibióticos, en caso de sospecha de infección	Vendaje y elevación de la pierna, masaje
Úlceras de decúbito	La presión constante lesiona la piel	Baño diario, volver a la paciente cada dos horas, almohadillas blandas por debajo, cojines, masaje	Lavado de las escaras con antiséptico dos veces al día, retirada del tejido muerto, recubrimiento con vendaje limpio; administración de antibióticos en caso de infección	Baño diario, vuelta frecuente de la paciente. Lavado delicado de las escaras con agua salada diluida, todos los días. Relleno de la zona ulcerada con miel pura y recubrimiento con vendaje ligero y limpio para favorecer la cicatrización
Tos, problemas respiratorios	Pneumonía, bronquitis, infección vírica de las vías respiratorias superiores, tuberculosis, insuficiencia cardíaca	Si un miembro de la familia está enfermo, debe asegurarse la ventilación adecuada en el hogar	Tratamiento etiológico, si se conoce la causa	Mayor ingestión de líquido, remedios caseros contra la tos, asiento de la paciente en posición erguida, codeína
Depresión, ansiedad	Enfermedad, reacción de congoja	Apoyo familiar y espiritual, alivio del dolor	Orientación o apoyo en torno a la causa, si hubiera; amitriptilina contra la depresión; diazepam contra la ansiedad	Apoyo continuo, dedicación de tiempo a la enferma haciendo tareas que le agraden, oración

Cuándo trasladar a la paciente para la atención y el tratamiento urgente de los síntomas agudos

Si la paciente padece algunas de las manifestaciones que se detallan a continuación, considere la posibilidad de trasladarla al hospital para su atención urgente:

- hemorragia vaginal intensa;
- signos de pronunciada deshidratación:
 - pulso > 100/minuto,
 - respiración acelerada,
 - anuria durante más de 24 horas;
- diarrea intensa durante más de 48 horas;
- sangre en las heces;
- fiebre alta (por encima de 39 °C) durante más de 48 horas;
- convulsiones;
- confusión;
- dolor abdominal agudo, obstrucción gastrointestinal (abdomen hinchado, muy doloroso, sin defecación durante más de 48 horas);
- dolor agudo, no aliviado con opioides;
- múltiples úlceras infectadas de decúbito;
- edema pulmonar fulminante (síndrome de dificultad respiratoria aguda);
- tentativa de suicidio.

La paciente (si está consciente) y sus parientes cercanos deben participar en la decisión de trasladarla. ***Si la mujer está agonizando, no hay que trasladarla a último momento.***

HP 19

Hoja Práctica 19: Atención domiciliaria

HOJA PRÁCTICA 20: TRATAMIENTO DEL FLUJO Y DE LAS FÍSTULAS VAGINALES A DOMICILIO

HP 20

En esta Hoja Práctica se explica la manera de cuidar y reconfortar a las mujeres que sufren trastornos vaginales como resultado de un cáncer cervicouterino invasor en estadio avanzado y de complicaciones de la terapia. Aborda el tratamiento del flujo, las fístulas y las hemorragias vaginales.

Además del asesoramiento específico consignado en esta hoja, también pueden resultar extremadamente eficaces medidas de apoyo, afectivas y otras medidas de carácter no medicinal.

Tratamiento del flujo vaginal

Las mujeres enfermas de cáncer cervicouterino pueden presentar un flujo vaginal seroso, sanguinolento y nauseabundo. Dicho síntoma es el resultado de la proliferación de bacterias en los tejidos enfermos del tracto genital inferior. Las bacterias generan gas.

Las bacterias no pueden ser eliminadas por completo, pero los síntomas se pueden aliviar transitoriamente aplicando una o varias de las medidas que se indican a continuación:

- absorba el flujo con trapos limpios, compresas de algodón o toallas higiénicas colocadas en la prenda interior femenina;
- realice *cuidadosos* lavados vaginales con periodicidad (enjuague de la vagina con un tubo conectado a un frasco o jeringa de plástico limpios) mediante alguna de las soluciones siguientes:
 - una cucharada de bicarbonato de sodio (soda para hornear) en dos tazas de agua tibia hervida, o
 - una parte de vinagre en cuatro partes de agua, o
 - de 5 a 10 comprimidos triturados de metronidazol disueltos en dos tazas de agua tibia hervida.
- Tapone delicadamente la vagina dos veces al día con trapos limpios remojados en alguna de las soluciones descritas en el punto anterior. Los tapones no deben permanecer más de un par de horas en la vagina.²³
- Puede que el médico prescriba antibióticos de amplio espectro, pero dichos medicamentos se deben utilizar con cautela pues, en el mejor de los casos, serán

²³ Para no agravar más el trastorno, se debe proceder con suma delicadeza cada vez que se inserte un objeto en la vagina (sonda de lavado, tapón).

eficaces durante un cierto tiempo. Además, pueden provocar una infección vaginal por levaduras que tal vez empeoren los síntomas. Se ha de sensibilizar a la paciente y la familia acerca de la importancia de completar cualquier tratamiento antibiótico prescrito, de lo contrario podría empeorar la situación. Se pueden administrar los siguientes antibióticos durante cinco días como mínimo: 100 mg de doxiciclina oral dos veces al día; o 250 mg de amoxicilina oral 3 veces al día; o 400 mg de metronidazol oral dos veces al día.

Tratamiento de las fístulas

Una fístula es un conducto anómalo que se establece entre la vagina y la vejiga urinaria o el recto como resultado de la extensión del cáncer a dichos órganos o bien como una complicación de la radioterapia. Se trata de una anomalía moral y físicamente postrante, pues la orina o las heces pueden pasar directamente a la vagina causando una secreción fétida e irritante.

Aunque la fístula misma no puede repararse, es posible lograr que la paciente se sienta más cómoda y limpia.

- La paciente puede tomar un baño de asiento en agua tibia para limpiarse con suavidad.
- Se pueden colocar trapos limpios y suaves en la prenda interior de la paciente para absorber la secreción.
- Se puede cubrir la cama con una lámina de plástico o con periódicos, los que se cambiarán y limpiarán con asiduidad.
- Se puede proteger la piel de alrededor de la vagina y el ano secando la zona después del baño y cubriéndola con vaselina o con un poco de crema de óxido de cinc. Estas medidas se pueden aplicar de forma preventiva, sin aguardar a que aparezca la irritación.
- Si fuera apropiado, se puede ventilar el cuarto o quemar incienso o hierbas.

Tratamiento de la hemorragia vaginal

La hemorragia vaginal puede ser inquietante y no es raro que se manifieste en las mujeres con cáncer cervicouterino avanzado. Puede sobrevenir como resultado del coito o de una actividad enérgica, pero también de forma espontánea y sin motivo aparente.

- Si la hemorragia es leve, recomiende reposo en cama y limpieza hasta que se detenga la hemorragia.
- Si la hemorragia es moderada, suele pasar con un sencillo reposo en cama. Si fuera necesario, se puede taponar la vagina con un trapo húmedo limpio por un par de horas.
- Si la hemorragia es grave, envíe a la paciente al hospital o centro sanitario para una posible transfusión sanguínea.

Material para el tratamiento domiciliario de los trastornos vaginales

Se debe disponer del material siguiente:

- una fuente permanente de agua hervida, limpia;
- jabón para lavarse las manos y los trapos;
- toallas limpias;
- guantes de látex (no necesariamente estériles), en la medida de las posibilidades;
- láminas de plástico o periódicos;
- bolsas para eliminar el material sucio;
- agua clorada (una taza de lejía por seis de agua) para remojar los guantes, pasar un trapo a los muebles y las láminas de plástico, etc.;
- una bacinilla para los baños de asiento;
- un frasco y un tubo de plástico para el lavado vaginal;
- gran cantidad de trapos limpios o compresas de algodón o toallas higiénicas (si fuera posible). Si se van a utilizar para taponar la vagina, hay que hervirlos;
- bicarbonato de sodio (soda para hornear);
- vinagre;
- crema de óxido de cinc o vaselina;
- antibióticos u otros medicamentos prescritos por el médico (metronidazol, doxiciclina, amoxicilina).

CONSEJOS PRÁCTICOS

- Visite a la paciente tan asiduamente como pueda.
- Permanezca atento a las quejas de la paciente y de la familia y procure aliviar los síntomas.
- Manténgase comunicado con los dispensadores del centro sanitario o del hospital y requiera su opinión para resolver problemas específicos.
- Brinde consuelo y tranquilidad explicando las causas de los síntomas y asegurando a la familia que usted hará todo lo posible por que la paciente se sienta cómoda.
- Enseñe a la paciente y su familia el tratamiento de los síntomas.
- Ayúdeles a conseguir el material necesario.
- Es muy importante que usted no caiga en un estado de cansancio y desmotivación; para ello tendrá que evitar la sobrecarga de trabajo, mantener vínculos estrechos y buscar el apoyo de las personas más allegadas a usted (sin poner en peligro la confidencialidad de la paciente).

HP 20

Hoja Práctica 20: Tratamiento del flujo y de las fístulas vaginales a domicilio

ANEXO 1: PRECAUCIONES UNIVERSALES PARA LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES²⁴

Las precauciones universales son medidas sencillas que contribuyen a prevenir la propagación de una infección. Todo el personal sanitario ha de tomar precauciones universales para proteger a las pacientes, a sí mismos y a otros trabajadores sanitarios de la propagación de enfermedades infecciosas.

La actual propagación epidémica de virus de transmisión hemática, como los virus de la hepatitis B, C y D y el VIH, pone en evidencia la importancia de prestar una atención escrupulosa a la prevención de la infección en la práctica clínica. Muchas enfermedades transmisibles son asintomáticas y no siempre es posible saber quién está infectado. Por consiguiente, se deben tomar precauciones contra la propagación de la infección en todas las pacientes, tanto si parecen sanas como enfermas, y con independencia de si se conoce o desconoce su estado portador con respecto al VIH u otra infección.

La supervisión y el control de la calidad son esenciales para garantizar la prevención de las infecciones. La infección del aparato genital femenino tras la intervención quirúrgica es una señal de que las medidas de prevención de infecciones son deficientes.

Prevención de las infecciones: precauciones universales

Use guantes de látex siempre que:

- manipule objetos o toque zonas del cuerpo que puedan estar contaminados;
- realice intervenciones o exploraciones físicas (crioterapia, biopsia, legrado endocervical y escisión electroquirúrgica con asa) o ponga inyecciones;
- limpie la zona donde estuvo la paciente; y
- manipule el instrumental utilizado.

Recuerde:

- si los guantes se estropean, quíteselos, lávese meticulosamente las manos y luego póngase un nuevo par de guantes;
- los guantes no reemplazan el lavado de las manos.

²⁴ Adaptado de: *Universal precautions against infectious diseases*. University of Michigan Health System (www.med.umich.edu/1libr/wha/wha_unipre_crs.htm); y Burns AA et al., *Where women have no doctor*, Berkley, CA, Hesperian Foundation, 1997.

Lávese las manos con agua y jabón por lo menos durante treinta segundos:

- antes y después de entrar en contacto con cada cliente o paciente;
- cuando toque sangre o líquidos corporales;
- inmediatamente después de quitarse los guantes de látex.

Trate las superficies del establecimiento y los artículos desechables contaminados del modo siguiente:

- coloque los artículos desechables sucios de sangre o de líquidos corporales dentro de una bolsa de plástico que pueda cerrarse herméticamente;
- las agujas desechables exigen un tratamiento especial; utilice los protocolos del establecimiento sanitario;
- lave la ropa y los artículos de tela reutilizables. Use detergente, séquelos al sol y, si puede, plánelos;
- limpie y desinfecte superficies tales como la mesa de exploración y el suelo.

Trate los instrumentos y los guantes reutilizables después de cada uso como se detalla a continuación:

- todos los instrumentos que han estado en contacto con la vagina o el cuello del útero (espéculos, pinzas para biopsia, guantes, etc.) deben descontaminarse, limpiarse, esterilizarse o desinfectarse en grado extremo;
- las criosondas deben descontaminarse, limpiarse y desinfectarse en grado extremo;
- la mesa de exploración o de intervención debe descontaminarse después de cada paciente. Otros instrumentos (colposcopio, crioplicador, linternas) se deben descontaminar por lo menos una vez al día (con mayor frecuencia si están visiblemente sucios).

Tratamiento del instrumental²⁵

Existen tres etapas básicas para tratar los instrumentos utilizados en los procedimientos clínico-quirúrgicos antes de utilizarlos nuevamente:

1) descontaminación, 2) limpieza y 3) esterilización o desinfección en grado extremo (DGE).

Descontaminación

La descontaminación es la etapa que permite manipular sin riesgo alguno los instrumentos y los guantes; esta etapa inactiva los virus de la inmunodeficiencia humana y de la hepatitis B.

²⁵ Adaptado de: Sellors JW, Sankaranarayanan R. *La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical. Manual para principiantes*. Lyon, IARC Press, 2002.

Para descontaminar los instrumentos y los guantes inmediatamente después de usarlos, sumérjalos en una solución de cloro al 0,5% durante 10 minutos dentro de un cubo o balde de plástico (no más tiempo, pues los instrumentos se pueden corroer); retírelos y enjuáguelos con agua limpia. La solución de cloro se puede preparar diluyendo una parte de lejía doméstica (agua lavandina) en 9 partes de agua limpia. Se debe preparar el mismo día y desechar en cuanto se ponga sucia. Para las superficies del establecimiento, en vez de la solución clorada se puede utilizar una solución de etanol o de isopropanol en concentración del 60% al 90%.

Limpieza

Después de la descontaminación, es necesario que alguien con anteojos o gafas de protección y guantes gruesos limpie los instrumentos. Use un cepillo para restregar los instrumentos con agua y detergente y enjuáguelos bien con agua hervida. Sea especialmente meticuloso con los instrumentos que tengan tornillos, juntas y dientes.

Esterilización

La esterilización destruye todos los microorganismos y debe utilizarse para tratar todos los instrumentos que entren en contacto con partes estériles del cuerpo, como los que perforan la piel o penetran en la matriz.

La esterilización se puede efectuar por uno de los métodos siguientes:

- exposición de los instrumentos a la acción del vapor de agua a temperatura muy elevada en autoclave: 20 minutos para instrumentos no envueltos y 30 minutos para instrumentos envueltos. El autoclavado es el método predilecto de esterilización;
- remojo de los instrumentos en glutaral al 2%-4% por espacio de 8 a 10 horas, o bien en formaldehído al 8% durante 24 horas. Enjuague posterior con agua estéril en cantidad suficiente.

Desinfección en grado extremo

La desinfección en grado extremo destruye todos los organismos (salvo las esporas de las bacterias) y se utiliza cuando no se dispone de ningún equipo de esterilización o cuando un instrumento es demasiado delicado para someterse a esterilización.

La desinfección en grado extremo se puede llevar a cabo con uno de los métodos siguientes:

- hierva los instrumentos durante 20 minutos como mínimo en agua del grifo (agua corriente); cambie el agua por lo menos una vez al día. Cuando lo haga, cerciórese de que los instrumentos estén completamente cubiertos de líquido y comience a medir el tiempo una vez que el agua esté en plena ebullición (con los instrumentos dentro). No añada ningún objeto al recipiente si ya ha comenzado a medir el tiempo;

- sumerja los instrumentos en una solución de cloro al 0,1% o de glutaral al 2% durante 20 minutos, o en peróxido de hidrógeno al 6% durante 30 minutos. Enjuague a fondo con agua hervida, deje secar al aire y consérvelos envueltos en un trapo estéril. Dichas sustancias químicas son corrosivas y pueden reducir la vida útil de los instrumentos que se someten repetidamente al proceso de desinfección por este método.

Material y equipo de esterilización

Para prevenir infecciones, es necesario disponer del material y el equipo detallados a continuación (según los métodos de tratamiento utilizados):

- agua limpia y hervida;
- detergente;
- lejía o agua lavandina doméstica o polvo clorado comercial.
- por lo menos un producto químico esterilizante (glutaral al 2%–4%, formaldehído al 8%);
- por lo menos un producto químico para desinfección en grado extremo (solución de cloro al 0,1%, glutaral al 2%, peróxido de hidrógeno al 6%);
- etanol o isopropanol al 60%–90%;
- trapos estériles;
- cubo o balde de plástico;
- frascos grandes para conservar soluciones;
- guantes gruesos para la limpieza;
- guantes estériles o desinfectados en grado extremo y pinzas de mango largo para manipular los instrumentos tratados;
- autoclave o recipientes para hervir y remojar los instrumentos;
- armario de cierre hermético para evitar el ingreso de polvo y conservar los instrumentos y artículos tratados.

ANEXO 2: EL SISTEMA DE BETHESDA 2001 ²⁶

ADECUACIÓN DE LA MUESTRA

- Satisfactoria para evaluación (especifique la presencia o la ausencia de componente endocervical o de zona de transformación).
- Insatisfactoria para evaluación (especifique la razón).
- Muestra rechazada/no procesada (especifique la razón).
- Muestra procesada y examinada, pero insatisfactoria para la evaluación de anomalías epiteliales debido a...(especifique la razón).

CATEGORIZACIÓN GENERAL (OPCIONAL)

- Negativo con respecto a lesiones intraepiteliales o malignidad.
- Anomalías celulares epiteliales.
- Otra.

INTERPRETACIÓN Y RESULTADO

Negativo con respecto a lesiones intraepiteliales o malignidad

Microorganismos:

- Trichomonas vaginalis;
- hongos con características morfológicas indicativas del género Candida;
- alteración en la flora, indicativa de vaginosis bacteriana;
- bacterias con características morfológicas indicativas del género Actinomyces
- cambios celulares indicativos del virus del herpes simple.

Otros hallazgos no neoplásicos (notificación opcional, la lista no es exhaustiva)

- cambios celulares reactivos asociados con:
 - inflamación (incluye reparación típica);
 - radiación;
 - dispositivo intrauterino (DIU) anticonceptivo;
- estado de células glandulares tras la histerectomía;
- atrofia

²⁶ Esta clasificación se puede utilizar para notificar los resultados de los frotis de Papanicolaou.

Anomalías celulares epiteliales

En células escamosas

- Célula escamosa atípica (ASC):
 - de significado indeterminado (ASC-US);
 - no puede excluirse una lesión de alto grado (ASC-H).
- Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LSIL).
- Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (HSIL).
- Carcinoma epidermoide.

En células glandulares

- Células glandulares atípicas (AGC) (especificar endocervicales, endometriales o sin especificar).
- Células glandulares atípicas indicativas de neoplasia (especificar endocervicales o sin especificar).
- Adenocarcinoma endocervical in situ (AIS).
- Adenocarcinoma.

Otras (la lista no es exhaustiva)

- Células endometriales en mujeres de 40 años o mayores de 40 años de edad.

ANEXO 3: ¿CÓMO SE VALORA LA EFICACIA DE UNA PRUEBA?

La eficacia de una prueba se valora a través de su fiabilidad y exactitud para predecir una enfermedad. La capacidad para predecir una enfermedad depende de dos características básicas: la sensibilidad y la especificidad.

- La *fiabilidad* es el grado en que determinaciones repetidas arrojan un mismo resultado y son reproducibles en condiciones distintas.
- La *sensibilidad* es la capacidad del ensayo para identificar correctamente a las personas afectas de la enfermedad en cuestión, en este caso precáncer o cáncer. A mayor sensibilidad, tanto menor será el número de mujeres enfermas de precáncer o cáncer identificadas como sanas por error (resultado negativo falso).
- La *especificidad* es la capacidad del ensayo para identificar correctamente a las personas que no están enfermas de precáncer o cáncer. A mayor especificidad, tanto menor será el número de mujeres con úteros sanos identificadas como enfermas de precáncer o cáncer por error (resultado positivo falso).

Una prueba de detección ideal tendrá una gran sensibilidad y una gran especificidad a la vez. En la actualidad no se dispone de una prueba con estas características para la detección del precáncer ni del cáncer cervicouterinos. El peligro de la baja sensibilidad es que algunas mujeres enfermas no serán detectadas como tales; el peligro de la poca especificidad es que algunas mujeres sanas serán remitidas innecesariamente a otros sitios para efectuar diagnósticos o tratamientos adicionales.

Es posible que las mujeres deseen conocer asimismo cuál es la probabilidad de que estén realmente enfermas cuando la prueba de detección ha dado un resultado positivo. Este es el valor diagnóstico de un resultado positivo (VDP) de la prueba. El valor diagnóstico de un resultado negativo (VDN) es la probabilidad de no padecer la enfermedad cuando la prueba ha arrojado un resultado negativo. A diferencia de la sensibilidad y la especificidad que, por lo general, son características intrínsecas de la prueba, el VDP y el VDN dependen de la prevalencia de la enfermedad en la población.

A3

Anexo 3: ¿Cómo se valora la eficacia de una prueba?

²⁷ En esta guía, la sensibilidad y la especificidad de las pruebas de detección de precáncer o cáncer cervicouterinos se calculan usando como umbral un resultado histológico de CIN2 o superior (véase el Capítulo 2).

Cálculo de la especificidad, la sensibilidad, el VDP y el VDN

A3

Anexo 3: ¿Cómo se valora la eficacia de una prueba?

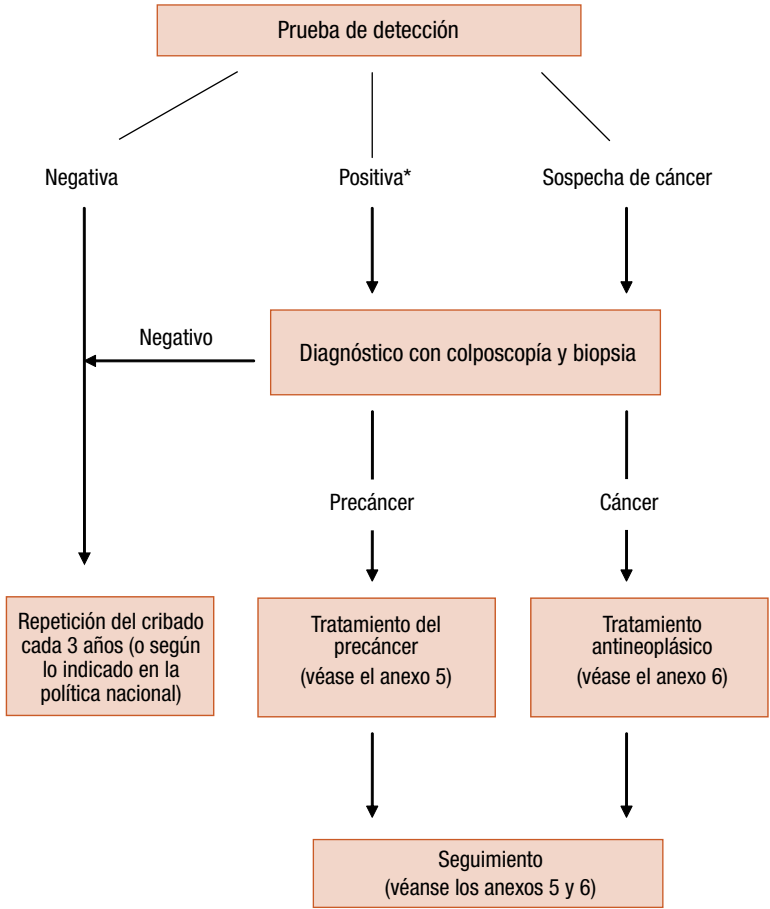
	Verdadero estado enfermo ²⁸		
Resultado de la prueba de detección	Positivo	Negativo	
Positivo	a	b	a+b
Negativo	c	d	c+d
	a+c	b+d	a+b+c+d

Sensibilidad = $a/a+c$; especificidad = $d/b+d$; VDP = $a/a+b$; VDN = $d/c+d$.

²⁸ El «patrón oro» del verdadero estado enfermo en el diagnóstico del precáncer cervicouterino es el resultado histológico de la biopsia.

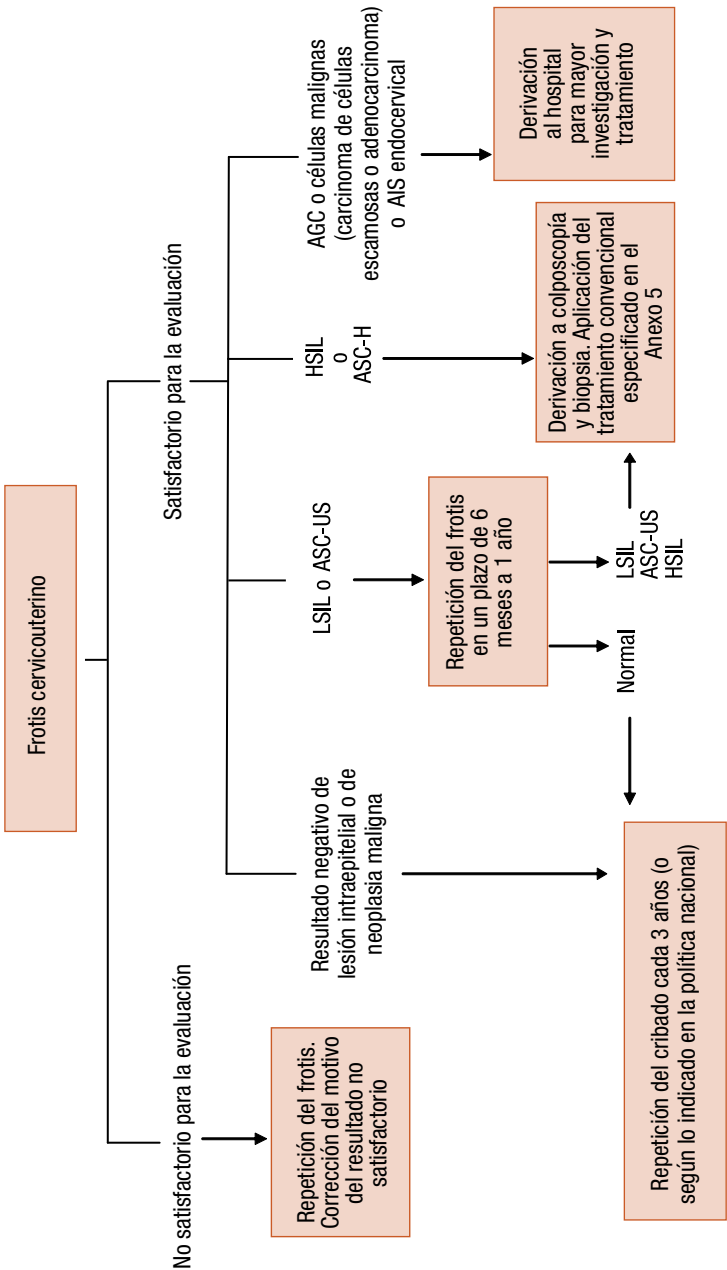
ANEXO 4: ESQUEMAS DE SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LAS PACIENTES SEGÚN LOS RESULTADOS DEL CRIBADO

4a. ENFOQUE CONVENCIONAL



* Si la prueba de Papanicolaou indica ASC-US o LSIL, sólo las lesiones persistentes (notificadas en dos pruebas de Papanicolaou realizadas en un plazo de seis meses a un año) necesitan investigación adicional.

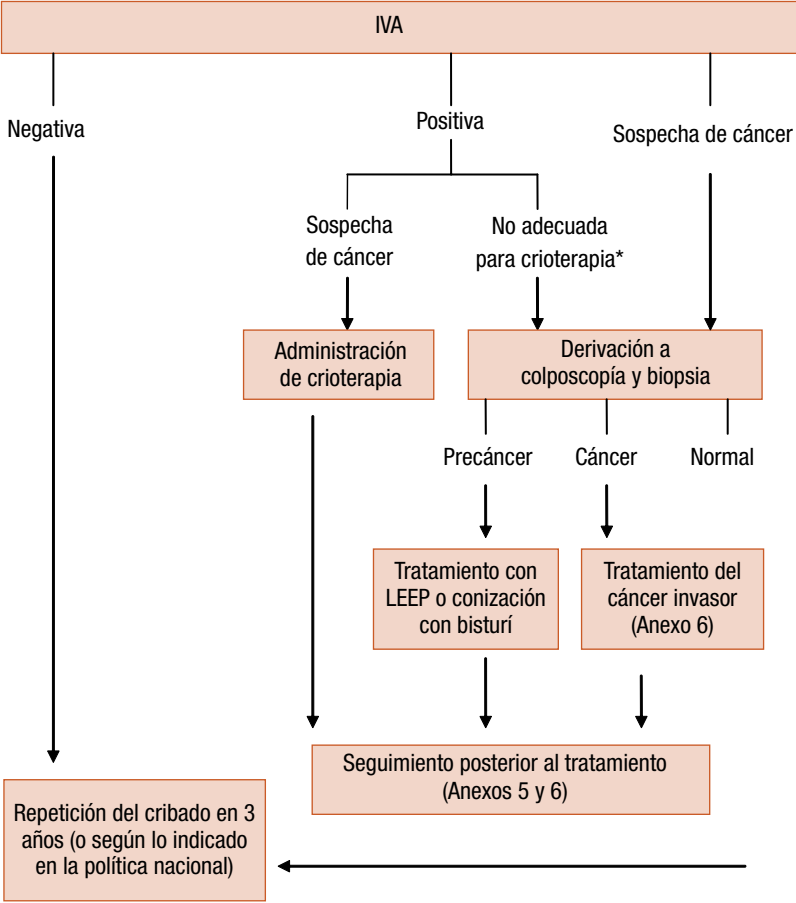
4a (ejemplo). ENFOQUE CONVENCIONAL BASADO EN LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU COMO PRUEBA DE DETECCIÓN



LSIL = lesión intraepitelial escamosa de bajo grado; HSIL = lesión intraepitelial escamosa de alto grado ASC-US = células escamosas atípicas de significado indeterminado ASC-H = células escamosas atípicas: no puede excluirse una HSIL AGC = células glandulares atípicas AIS = adenocarcinoma in situ

* Adaptado de: CHLP Implementing cervical screening in South Africa. Volume I: A guide for programme managers. Cervical Health Implementation Project, South Africa. Universidad de Cape Town, Universidad de Witwatersrand, Engenderhealth, 2004.

4b. ESQUEMA DEL MÉTODO DE «CRIBADO Y TRATAMIENTO», BASADO EN LA INSPECCIÓN VISUAL CON SOLUCIÓN DE ÁCIDO ACÉTICO COMO PRUEBA DE DETECCIÓN

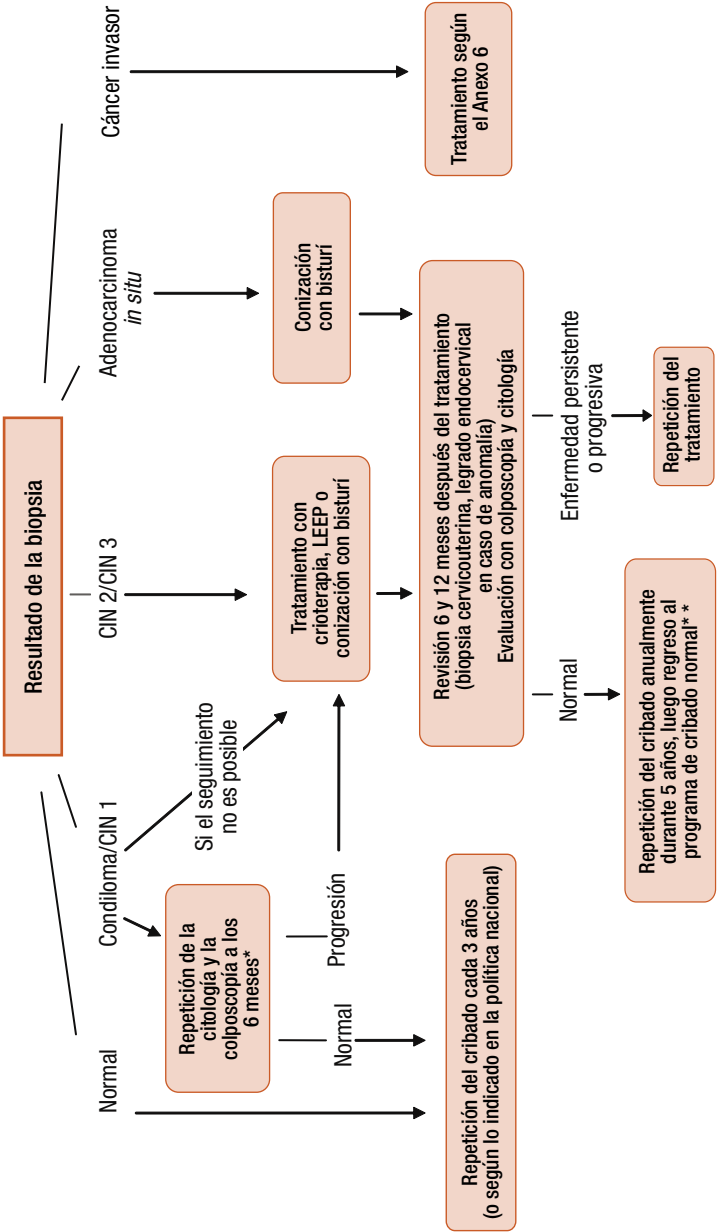


* No adecuada para crioterapia: lesión >75% de la superficie cervicouterina, que se extiende a la pared vaginal o más de 2 mm fuera de la criosonda, o al interior del conducto cervical fuera de la punta de la sonda. Se ha de derivar incluso a las mujeres embarazadas.

A4

Anexo 4: Esquemas de seguimiento y tratamiento de las pacientes según los resultados del cribado

ANEXO 5: TRATAMIENTO CONVENCIONAL DEL PRECÁNCER CERVICOUTERINO



* Si la lesión persiste, debe repetirse la colposcopia cada 6 meses hasta observar regresión o progresión de la enfermedad.

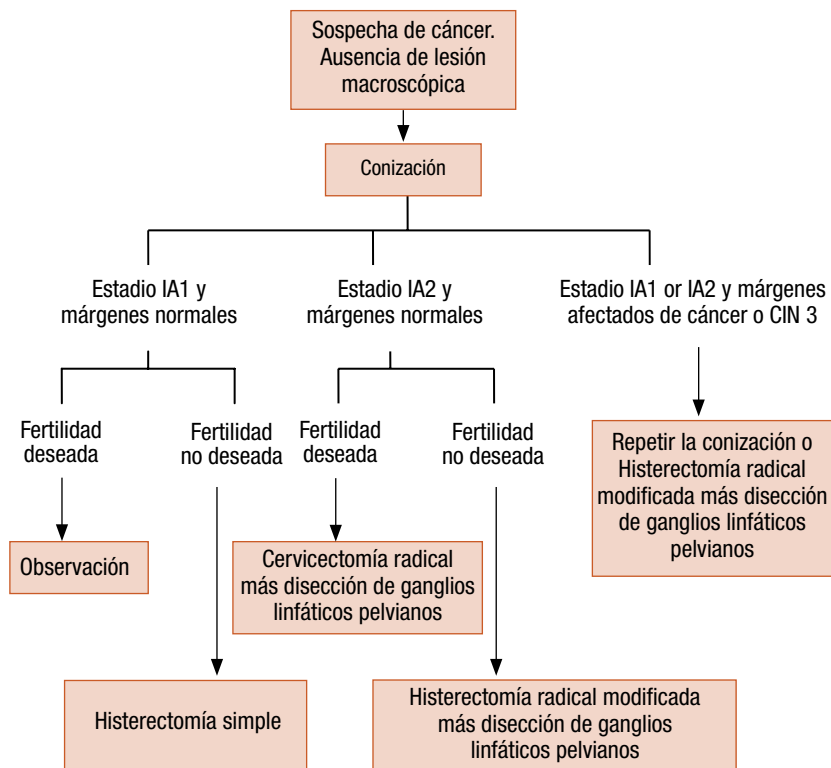
** En caso de CIN1 o CIN2, se debe volver al programa de cribado normal al cabo de 1 año.

A5

Anexo 5: Tratamiento convencional del precáncer cervicouterino

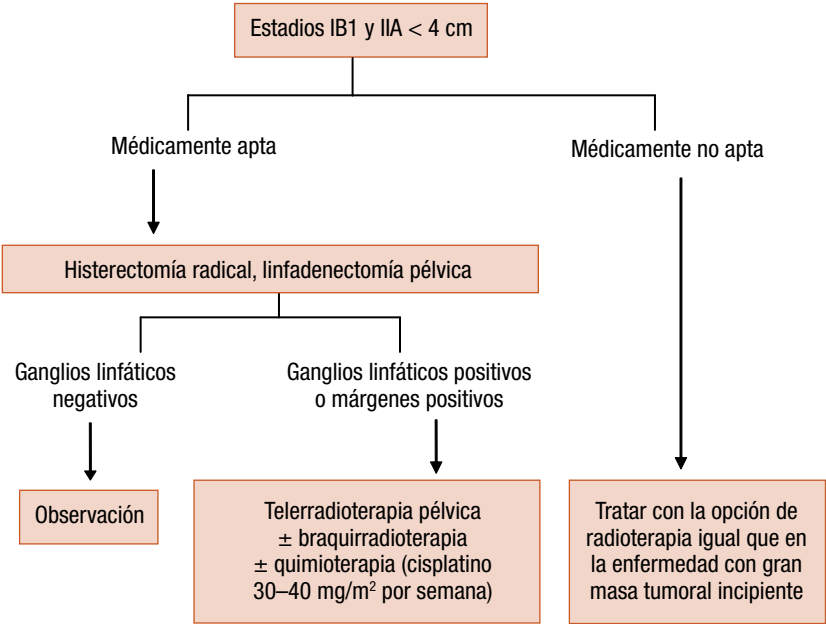
ANEXO 6: TRATAMIENTO DEL CÁNCER CERVICOUTERINO SEGÚN SU ESTADIO

6a. TRATAMIENTO DEL CARCINOMA MICROINVASOR: ESTADIOS IA1 Y IA2



**6b. TRATAMIENTO DEL CÁNCER INVASOR INCIPIENTE:
ESTADIOS IB1 Y IIA < 4 CM**

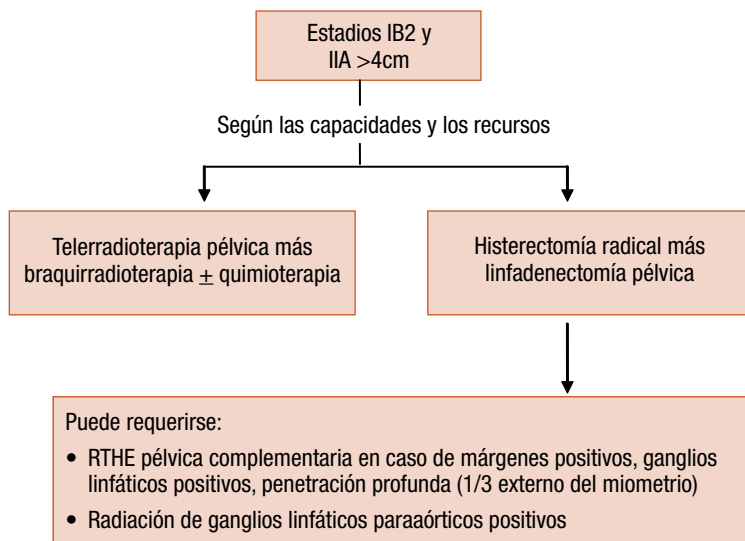
Cuando el tumor está más extendido, pero se sitúa predominantemente en el cuello uterino, posiblemente con alguna afectación vaginal, se prefiere la extirpación quirúrgica, excepto si la paciente no es médicamente apta.



A6

6c. TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD CON GRAN MASA TUMORAL: ESTADIOS IB2-IIIb

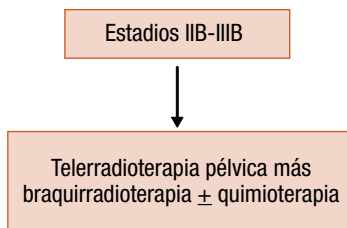
Tratamiento de la enfermedad con gran masa tumoral incipiente: estadios IB2 y IIA > 4cm



RTHE: radioterapia de haz externo

Tratamiento de la enfermedad extendida: estadios IIB-IIIb

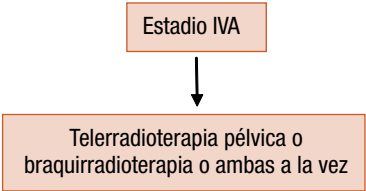
Estas pacientes reciben radioterapia radical (intento curativo), que incluye la telerradioterapia y la braquiritoterapia. Aún no se ha probado la importancia de la quimioterapia en las condiciones de los países en desarrollo.



6d. TRATAMIENTO DEL ESTADIO IV

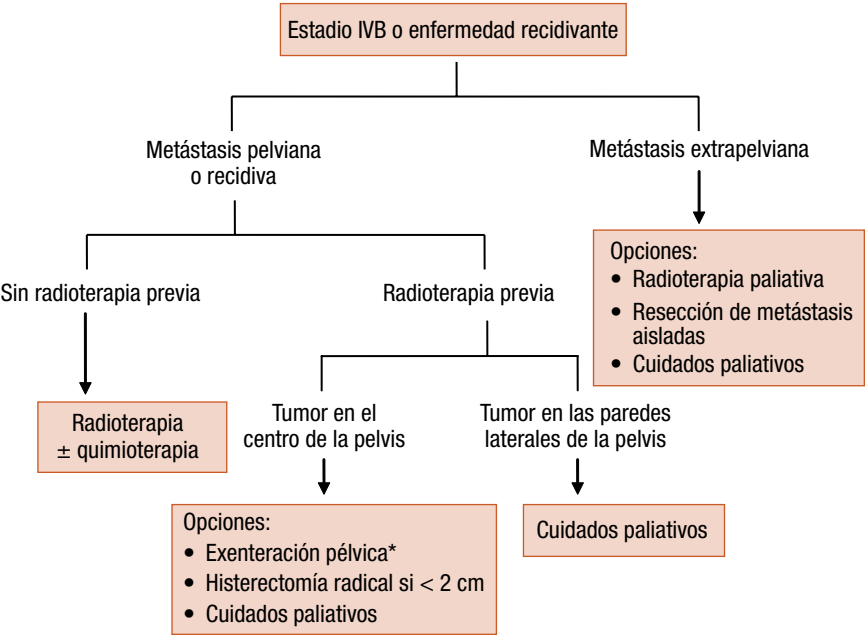
Tratamiento del estadio IVA

La radioterapia que se ha de administrar depende de la condición de la paciente



Tratamiento del estadio IVB y de la enfermedad recidivante

El estadio IVB (5% de los casos) indica la presencia de metástasis hemáticas a distancia y es incurable con cualquiera de los medios actualmente conocidos.



* La exenteración pélvica se utiliza con escasa frecuencia, ya que deja importantes secuelas de diversión urinaria y colónica, difíciles de tratar en los países en desarrollo, y muchas pacientes la encuentran inaceptable cuando no es posible ofrecer curación.

6e. TRATAMIENTO DEL CÁNCER CERVICOUTERINO DURANTE EL EMBARAZO

Edad gestacional	Estadios IA1 y IA2	Estadios IB y IIA	Estadios IIB, III
< 12 semanas	Histerectomía inmediata como en la mujer no embarazada	Dos opciones: Histerectomía radical con el feto in situ o Radioterapia pélvica con 20Gy (2 semanas), con aborto espontáneo o Evacuación del feto, seguida por braquiritoterapia	Radioterapia pélvica con aborto espontáneo o Evacuación del feto, seguida por braquiritoterapia
12–24 semanas	Histerectomía inmediata como en la mujer no embarazada	Dos opciones: Histerectomía radical con el feto in situ o Radioterapia pélvica con histerotomía a las 2 semanas, seguida por braquiritoterapia	Radioterapia pélvica con histerotomía a las 2 semanas, seguida por braquiritoterapia
24–32 semanas	Demora del tratamiento hasta las 32 semanas; a las 32 semanas: amniocentesis y esteroides para maduración pulmonar en caso necesario; luego como se indica en «> 32 semanas»	Demora del tratamiento hasta las 32 semanas; luego, amniocentesis y esteroides para maduración pulmonar; luego como se indica en «> 32 semanas»	Demora del tratamiento hasta las 32 semanas; luego, amniocentesis y esteroides para maduración pulmonar; luego como se indica en «> 32 semanas»
>32 semanas	Cesárea clásica más histerectomía	Cesárea clásica más histerectomía radical, o Telerradioterapia pélvica más braquiritoterapia tras la involución del útero	Cesárea clásica. Telerradioterapia pélvica más braquiritoterapia tras la involución del útero

A6

Anexo 6: Tratamiento del cáncer cervicouterino según su estadio



ANEXO 7: EJEMPLOS DE DOCUMENTOS ²⁹

7a. EJEMPLO DE CARTA PARA ENVIAR A LA PACIENTE CON PAPANICOLAOU ANÓMALO QUE NO REGRESÓ POR LOS RESULTADOS EN LA FECHA PREVISTA

A7

Anexo 7: Ejemplos de documentos

Fecha

Estimada señora _____ (apellido de la paciente):

Le escribimos para recordarle que debe volver al _____ [centro sanitario/hospital] para enterarse de los resultados de la prueba de Papanicolaou que le hicieron el día _____ [fecha de la Prueba de Papanicolaou]. Confiábamos en que vendría la semana pasada, pero como no vino, se lo recordamos por esta vía.

Su prueba de Papanicolaou reveló algunas anormalidades en el cuello uterino (la zona de ingreso en la matriz), y por eso es necesario que usted acuda a otra consulta para _____ [diagnóstico/tratamiento adicional]. **[Si la anomalía no es cáncer invasor, usted puede añadir lo siguiente:** Las anormalidades no son indicativas de cáncer, pero si no se tratan, usted podría enfermar de cáncer en el futuro.

Le rogamos que regrese lo más pronto que pueda en un plazo de dos semanas para que podamos proporcionarle la información necesaria, contestar a sus preguntas y planificar futuras consultas con usted.

Si desea más información, por favor, póngase en contacto con nosotros al: _____

Muy atentamente,

_____ [dispensador de atención sanitaria]

²⁹ Adaptado de: CHIP. *Implementing cervical screening in South Africa. Volume I: A guide for programme managers*. Cervical Health Implementation Project, South Africa, University of Cape Town; University of the Witwatersrand, Engenderhealth, 2004.

7b. EJEMPLO DE FICHA QUE PUEDE UTILIZARSE COMO PARTE DE UN SISTEMA DE SEGUIMIENTO DE LAS CLIENTES QUE DEBEN REPETIR LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

A7

Anexo 7: Ejemplos de documentos

Cribado cervicouterino

Ficha de seguimiento: convocatoria de la paciente para la prueba de Papanicolaou

Apellido: _____

Número de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio:

Dirección laboral:

Número de teléfono:

Fecha en que se realizó la prueba de Papanicolaou

Resultado de la prueba de Papanicolaou:

Fecha en que se le pidió a la cliente que vuelva:

COMENTARIOS:

Seguimiento:

Fecha de repetición de la prueba de Papanicolaou:

Medidas tomadas si la paciente no volvió: Nota enviada el (fecha) _____

Otras medidas: _____

COMENTARIOS:

7c. EJEMPLO DE FICHA QUE PUEDE UTILIZARSE COMO PARTE DE UN SISTEMA DE SEGUIMIENTO DE LAS CLIENTES DERIVADAS PARA COLPOSCOPIA

A7

Anexo 7: Ejemplos de documentos

Cribado cervicouterino**Ficha de seguimiento: derivación de la paciente**

Apellido: _____

Número de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio:

Dirección laboral:

Número de teléfono:

Fecha en que se realizó la prueba de Papanicolaou:

Resultado de la prueba de Papanicolaou:

Cita de derivación en _____
(nombre del sitio al que se envía la paciente)

Fecha de la cita de derivación _____

Registro de seguimiento:

Fecha en que se comunicó a la paciente la cita de derivación:

Resultado de la derivación:

**7d. EJEMPLO DE CARTA PARA INFORMAR AL ESTABLECIMIENTO
REMITENTE EL RESULTADO DE LA COLPOSCOPIA DE LA PACIENTE**

A7

Anexo 7: Ejemplos de documentos

A: _____ [nombre del establecimiento remitente]

Apellido de la paciente _____ Número de paciente _____

De: _____

[nombre del establecimiento en que se efectuó la colposcopia]

La paciente acudió a nuestro establecimiento el: _____ [fecha]

Se realizaron la colposcopia y la biopsia el: _____ [fecha]

Diagnóstico histológico definitivo:

Tratamiento administrado:

Seguimiento recomendado:

Gracias por enviar a la paciente. Por favor, póngase en contacto con nosotros si necesita más información.

Muy atentamente,

Apellido:

Firma:

Fecha:

ANNEX 8: RATAMIENTO DE LAS INFECCIONES CERVICO-UTERINAS Y DE LA INFECCIÓN GENITAL FEMENINA (IGF)³⁰

8a. TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES CERVICOUTERINAS

Tratamiento de la gonococia no complicada MÁS tratamiento de la clamidiosis			
Cobertura	Primera elección Elija uno de cada celdilla (= 2 fármacos)	Sustitutos eficaces	Si la mujer está embarazada, amamanta o es menor de 16 años de edad Elija uno de cada celdilla (= 2 fármacos)
Gonococia	cefixima 400 mg por vía oral como dosis única, o ceftriaxona 125 mg por vía intramuscular	ciprofloxacino ^{a,b} 500 mg por vía oral como dosis única, o espectinomicina 2 g por vía intramuscular	cefixima por vía oral como dosis única, o ceftriaxona 125 mg por vía intramuscular
Clamidiosis	azitromicina 1 g por vía oral como dosis única, o doxiciclina ^a 100 mg por vía oral dos veces al día durante 7 días	ofloxacino ^{a,b,c} 300 mg por vía oral dos veces al día durante 7 días, o tetraciclina ^a 500 mg por vía oral 4 veces al día durante 7 días, o eritromicina 500 mg por vía oral 4 veces al día durante 7 días	eritromicina ^d 500 mg por vía oral 4 veces al día durante 7 días, o azitromicina 1 g por vía oral como dosis única, o amoxicilina 500 mg por vía oral 3 veces al día durante 7 días

- La doxiciclina, la tetraciclina, el ciprofloxacino, el norfloxacino y el ofloxacino deben evitarse durante el embarazo y la lactancia.
- El uso de quinolonas exige tomar en consideración la pauta de resistencia de *Neisseria gonorrhoeae*, como en las regiones de Asia Sudoriental y Pacífico Occidental de la OMS.
- El ofloxacino, cuando se utiliza como se indica contra la clamidiosis, también proporciona cobertura contra la gonococia.
- El estolato de eritromicina está contraindicado durante el embarazo debido a la hepatotoxicidad que se le asocia; solamente se debe utilizar la eritromicina (ya sea básica como en forma de etilsuccinato).

En caso de infección cervicouterina, la mujer y su pareja deben recibir tratamiento y orientación sobre el uso de preservativos.

³⁰ De: *Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo. Una guía para la práctica básica*. Ginebra, OMS, 2005.

8b. TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA INFECCIÓN GENITAL FEMENINA

A8

Anexo 8: Tratamiento de las infecciones cervicouterinas y de la infección genital femenina (IGF)

Tratamiento con dosis únicas contra la gonococia MÁS tratamiento con dosis múltiples contra la clamidiosis MÁS tratamiento de las infecciones por anaerobios .	
Cobertura	Elija uno de cada celdilla (= 3 fármacos)
Gonococia	ceftriaxona 250 mg por vía intramuscular, o cefixima 400 por vía oral como dosis única, o ciprofloxacino ^a 500 mg por vía oral como dosis única, o espectinomicina 2 g por vía intramuscular
Clamidiosis	doxiciclina ^b 100 mg por vía oral dos veces al día durante 14 días, o tetraciclina ^b 500 mg por vía oral 4 veces al día durante 14 días
Infecciones por anaerobios	metronidazol ^c 400–500 mg por vía oral, dos veces al día durante 14 días

- El uso de quinolonas exige tomar en consideración la pauta de resistencia de *Neisseria gonorrhoeae*, como en las regiones de Asia Sudoriental y Pacífico Occidental de la OMS.
- Estos fármacos están contraindicados en las mujeres embarazadas o las madres lactantes. No es frecuente contraer una infección genital femenina durante el embarazo.
- Hay que advertir a las pacientes que tomen metronidazol que se abstengan de consumir bebidas alcohólicas. El metronidazol debe evitarse asimismo durante los tres primeros meses del embarazo.

En caso de infección genital femenina, la pareja debe recibir tratamiento contra la gonococia y la clamidiosis y tanto la mujer como su pareja deben recibir orientación sobre el uso de preservativos.

Nota: se ha de pensar seriamente en hospitalizar a la paciente con infección genital femenina aguda en las circunstancias que se detallan a continuación:

- posible urgencia quirúrgica, como una apendicitis o un embarazo ectópico;
- sospecha de absceso pelviano;
- la enfermedad aguda impide el tratamiento ambulatorio;
- la paciente está embarazada;
- la paciente es una adolescente;
- la paciente es incapaz de cumplir o tolerar un tratamiento ambulatorio; o
- la paciente no ha respondido al tratamiento ambulatorio.

ANEXO 9: CÓMO PREPARAR LA PASTA DE MONSEL

¿Qué es la pasta de Monsel?

La pasta de Monsel es un compuesto espeso, pegajoso y de acción rápida que se aplica sobre zonas hemorrágicas en el cuello uterino con objeto de contener la hemorragia. Puede resultar útil después de la crioterapia, la biopsia en sacabocados y la escisión electroquirúrgica con asa. Como se trata de un producto cáustico que puede dañar los tejidos si se deja mucho tiempo, no se deben colocar tapones vaginales tras la aplicación.

Componentes	Cantidad
1. Sulfato férrico básico	15 g
2. Sulfato ferroso en polvo	unos granos
3. Agua estéril para disolver	10 ml
4. Glicerol-almidón (véase la preparación en la página siguiente)	12 g

Preparación **Tenga cuidado, la reacción es exotérmica (despide calor).**

1. Coloque unos granos de sulfato ferroso en 10 ml de agua estéril dentro de un vaso de precipitados de vidrio. Agite.
2. Disuelva el sulfato férrico en la solución mientras revuelve con una varilla de vidrio. La solución debe volverse clara como el cristal.
3. Pese el glicerol-almidón (véanse las instrucciones para prepararlo a continuación) en un mortero de vidrio. Mezcle bien.
4. Añada lentamente la solución de sulfato férrico al glicerol-almidón, mezclando permanentemente, hasta obtener una mezcla homogénea.
5. Trasvase a un frasco de vidrio ámbar de 25 ml.

Nota: en la mayoría de los establecimientos sanitarios se prefiere dejar flojo el tapón del frasco para que la mezcla se evapore hasta tomar una consistencia pastosa y pegajosa parecida a la de la mostaza. Este proceso puede tardar entre 2 y 3 semanas, según las condiciones ambientales. Luego, puede ajustarse el tapón para conservar la mezcla. Si fuera necesario fluidificar la pasta, se puede añadir un poco de agua estéril a la mezcla.

Etiqueta: Pasta de Monsel

Conservar en un lugar fresco
Para uso externo solamente
Caduca el: [día/mes/año] (un año desde la fecha de la preparación)

A9

Anexo 9: Cómo preparar la pasta de Monsel

Preparación del glicerol-almidón

Componentes	Cantidad
1. Almidón	30 g
2. Agua estéril para mezclar	30 ml
3. Glicerol (glicerina)	390 g

Preparación

1. Disuelva el almidón en el agua estéril dentro de un crisol de porcelana.
2. Añada el glicerol. Agite bien.
3. Caliente el crisol y su contenido sobre un mechero de Bunsen. Mezcle constantemente con una espátula hasta que la masa tome una consistencia espesa e hinchada.

Nota: No caliente demasiado, si no, la mezcla se volverá amarilla.

Etiqueta: Glycerol starch

Conservar en un lugar fresco

Para uso externo solamente

Caduca el: [día/mes/año] (un año desde la fecha de la preparación)

GLOSARIO

Nota: las definiciones proporcionadas en este glosario se refieren al modo en que las palabras se utilizan en esta guía. Es posible que las definiciones de los diccionarios sean más generales y amplias.

Acetoblanco,a: zona del epitelio cervical que adquiere un color blanquecino tras la aplicación de ácido acético.

Adenocarcinoma: cáncer de características glandulares; puede ser, por ejemplo, un cáncer derivado del epitelio cilíndrico del conducto del cuello del útero.

Anejos (uterinos): tejidos y órganos situados al costado del útero; incluye las trompas de Falopio, los ovarios y los ligamientos.

Cáncer cervicouterino microinvasor: cáncer confinado estrictamente al cuello del útero, de 5 mm de profundidad y 7 mm de ancho como máximo; solamente se puede diagnosticar por microscopia.

Carcinoma in situ (CIS): estadio de cáncer preinvasor que afecta todo el espesor de la capa de revestimiento —o epitelio— de un órgano (p. ej.: el cuello uterino), pero no penetra en la membrana basal.

Células atípicas: células observadas en la prueba de Papanicolaou que indican una anomalía; su presencia no es concluyente.

Cepas de VPH oncógenas (o «de alto riesgo»): tipos de virus del papiloma humano (VPH) que pueden causar cáncer cervicouterino.

Citología: estudio de la estructura de las células al microscopio. Los resultados anómalos normalmente se confirman por biopsia.

Citopatólogo, auxiliar de laboratorio de citología, citólogo: personas con los conocimientos necesarios para examinar los frotis al microscopio y detectar la presencia o la ausencia de células anómalas.

Cobertura: proporción del total de las personas afectadas que acuden a un servicio dado en un determinado momento.

Cofactor: factor que contribuye al efecto, o que potencia el efecto, de un agente responsable de algún cambio; no suele ser activo por sí solo.

Coilocitosis: trastorno de ciertas células caracterizado por la presencia de vacuolas alrededor del núcleo celular.

Colostomía: construcción quirúrgica de un orificio excretor artificial a partir del colon.

Condiloma: estructura similar a una verruga causada por tipos no oncógenos («de bajo riesgo») del virus del papiloma humano (VPH); se observa asimismo en la sífilis crónica.

Cribado negativo: resultado de un procedimiento de cribado que indica que no existe una anomalía.

Cribado positivo: resultado de un procedimiento de cribado que indica que existe una anomalía.

Efectividad (o eficacia práctica): capacidad del tratamiento para reducir una enfermedad perjudicial en la población afectada.

Eficacia: capacidad de un tratamiento dado para producir el efecto deseado.

Eficiencia: efectos o resultados logrados en relación con el esfuerzo dedicado (en dinero, recursos y tiempo).

Eficiente (o «costoeficaz»): califica a la actividad o intervención que produce un efecto beneficioso suficiente en la enfermedad o el trastorno en relación con el costo de la misma (en dinero, equipo o tiempo).

Enfoque sindrómico: tratamiento de la infección basado en el conocimiento de las principales causas de los síntomas iniciales; por ejemplo, la infección del cuello del útero se puede tratar con antibióticos contra los gonococos y las clamidias, sin efectuar primero otros ensayos para diagnosticar cuál de los dos patógenos está presente.

Epitelio (plural: epitelios): recubrimiento o revestimiento compuesto de una o varias capas de células, usualmente protector del órgano que recubre.

Especificidad: proporción de personas no aquejadas de un trastorno que fueron adecuadamente identificadas por el ensayo («auténticos negativos»).

Estadio presintomático: primer estadio de una enfermedad, cuando los síntomas o los signos todavía no han aparecido.

Estenosis: angostamiento anómalo de un conducto, que puede traer aparejados problemas de salud.

Estudio piloto: ensayo de demostración que se lleva a cabo en una población reducida; generalmente su finalidad es proporcionar información sobre el funcionamiento, pero no necesariamente sobre el resultado clínico (que debe estudiarse en una población mayor).

Fiabilidad o reproducibilidad: grado en que el tratamiento o el ensayo proporciona los mismos resultados cuando se repite muchas veces.

Fístula: comunicación anómala entre una víscera hueca y otra. En el cáncer cervicouterino, se pueden formar fístulas entre la vagina y el recto, ya sea como resultado de la extensión del cáncer o como una complicación tardía de la radioterapia.

Fulgurar: destruir tejidos mediante calor o corriente eléctrica. La fulguración se usa en la escisión electroquirúrgica con asa (LEEP) para detener la hemorragia.

Fungoide (o exofítico): describe una pauta de crecimiento tumoral, irregular y protuberante.

Histerotomía: procedimiento quirúrgico para practicar un orificio en el útero.

Histopatología: estudio al microscopio de secciones finas de tejido teñido para determinar la presencia o la ausencia de enfermedad.

Inmunodepresión: menor capacidad del cuerpo para resistir el ataque de gérmenes y otros cuerpos extraños, como se observa en las personas infectadas por el VIH.

Laparatomía: incisión quirúrgica que se practica en el abdomen.

Lesión de alto grado: término utilizado en la clasificación de Bethesda para referirse a las anomalías del cuello uterino con gran probabilidad de progresión a cáncer si no se tratan. Incluye las neoplasias intraepiteliales cervicales (CIN) 2 y 3.

Lesión intraepitelial escamosa (SIL): precáncer o anomalía de las células escamosas del revestimiento del cuello uterino. La clasificación de Bethesda distingue entre las SIL de bajo grado (LSIL) y las SIL de alto grado (HSIL). Esta clasificación debe utilizarse solamente para notificar los resultados de las pruebas citológicas.

Membrana basal: capa delgada de tejido situada por debajo del epitelio.

Menarquía: edad a la que se presenta la primera menstruación en una mujer joven.

Metaplasia: transformación de una clase de tejido en otra; por ejemplo, el epitelio cilíndrico en epitelio escamoso.

Metástasis (plural: metástasis): aparición de un tumor muy similar al tumor de origen o primario en un órgano distante.

Neoplasia: proceso de formación de tumores o bultos nuevos, a veces malignos.

Neoplasia intraepitelial cervical (CIN): proceso precanceroso que afecta la capa de revestimiento (epitelio) del cuello uterino. Se puede diagnosticar al microscopio. El proceso se clasifica como CIN 1, 2 o 3, según el espesor del epitelio anómalo (1/3, 2/3 o todo el espesor).

Opiode: clase de fármaco utilizado para aliviar el dolor intenso; un ejemplo es la morfina.

Patología: estudio de las enfermedades y de sus efectos sobre los tejidos corporales.

Patrón oro: prueba considerada la de mayor sensibilidad y especificidad, utilizada como medida para comparar cualquier otra prueba análoga.

Peritoneo: lámina delgada y continua de tejido que recubre las paredes y los órganos del abdomen.

Persistente: describe las lesiones o las enfermedades que no desaparecen en un cierto tiempo.

Porcentaje de curación: porcentaje de personas en un grupo dado que padecen una determinada enfermedad o afección y se curan con un tratamiento específico.

Prevención primaria: actos para evitar la exposición a las principales causas de una enfermedad; en el caso del cáncer cervicouterino es la prevención de la infección por el VIH.

Pronóstico: probable desenlace de una enfermedad (mejoría, deterioro o fallecimiento).

Radioterapia radical: radioterapia con fines curativos.

Recidiva (de lesiones, de una enfermedad): reaparición de un trastorno que había desaparecido con el tratamiento.

Regresión: desaparición o mengua de una anomalía.

Sensibilidad: proporción de personas aquejadas de un trastorno que fueron adecuadamente identificadas por el ensayo («auténticos positivos»).

Tasa de incidencia: número de casos nuevos de una enfermedad en una población definida y un tiempo especificado; por ejemplo, si se producen 500 casos nuevos de cáncer cervicouterino por año en un país con 5 millones de mujeres, la tasa de incidencia de dicho cáncer, «bruta» (es decir, no normalizada por la edad), es de 100 por 1 000 000 por año o de 10 por 100 000 por año.

Tasa de morbilidad: proporción de individuos de una población que sufren una determinada enfermedad en un tiempo especificado, expresada frecuentemente como el número de casos por población de 100 000 individuos por año.

Tasa de mortalidad: proporción de individuos de una población que mueren de una enfermedad específica en un tiempo especificado, expresada frecuentemente como el número de defunciones por población de 100 000 individuos por año.

Tasa de prevalencia: proporción de personas de una determinada población que padecen un trastorno o una enfermedad en un momento dado.

Tasa de supervivencia: proporción del total de individuos aquejados de una enfermedad que siguen vivos después de un cierto tiempo.

Tratamiento primario: primer tratamiento que se intenta para curar una enfermedad o trastorno.

Tría (o «triaje»): selección de individuos de entre las personas afectadas para análisis o tratamiento posterior.

Ulceración: corrosión de tejido y formación de una depresión poco profunda; describe algunos tipos de cáncer.

Valor diagnóstico de un resultado negativo (de una prueba): probabilidad de no padecer la enfermedad cuando la prueba da resultados negativos.

Valor diagnóstico de un resultado positivo (de una prueba): probabilidad de padecer una enfermedad cuando la prueba da resultados positivos.

Para más información se pueden poner en contacto con:

Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas
Organización Mundial de la Salud, Avenue Appia 20
CH-1211 Ginebra 27, Suiza
Fax: +41 22 791 4189 / 4171
E-mail: reproductivehealth@who.int
Sitio web: www.who.int/reproductive-health

o

Departamento de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud
Organización Mundial de la Salud, Avenue Appia 20
CH-1211 Ginebra 27, Suiza
Fax: +41 22 791 4769
E-mail: chronicdiseases@who.int
Sitio web: www.who.int/chp



**Organización
Mundial de la Salud**

ISBN 978 92 4 354700 8

