

Anexo 1

Clasificación de FIGO de los carcinomas cervicouterinos

Estadio I

El carcinoma de estadio I se limita estrictamente al cuello uterino. No se debe tomar en cuenta la extensión al cuerpo uterino. El diagnóstico de los estadios IA1 y IA2 debe hacerse a partir de los exámenes microscópicos de un tejido extirpado, preferentemente un cono, que rodee la lesión entera.

Estadio IA: Cáncer invasor identificado a través de un examen microscópico únicamente. La invasión se limita a la invasión del estroma medida con un máximo de 5 mm de profundidad y 7 mm de extensión horizontal.

Estadio IA1: La invasión medida en el estroma no supera 3 mm de profundidad y 7 mm de diámetro.

Estadio IA2: La invasión medida en el estroma está entre 3 y 5 mm de profundidad y no supera 7 mm de diámetro.

Estadio IB: las lesiones clínicas se limitan al cérvix, o las lesiones preclínicas son mayores que en el estadio IA. Toda lesión macroscópicamente visible incluso con una invasión superficial es un cáncer de estadio IB.

Estadio IB1: Lesiones clínicas de tamaño máximo de 4 cm.

Estadio IB2: Lesiones clínicas de tamaño superior a 4 cm.

Estadio II

El carcinoma de Estadio II se extiende más allá del cérvix, pero sin alcanzar las paredes pelvianas. Afecta la vagina, pero no más allá de sus dos tercios superiores.

Estadio IIA: Ninguna afección parametrial evidente. La invasión afecta los dos tercios superiores de la vagina.

Estadio IIB: Afección parametrial evidente, pero la pared pelviana no está afectada.

Estadio III

El carcinoma de estadio III se extiende hacia la pared pelviana. En el examen rectal, todas las zonas están invadidas por el cáncer entre el tumor y la pared pelviana. El tumor afecta el tercio inferior de la vagina. Todos los cánceres con una hidronefrosis o una disfunción renal son cánceres de estadio III.

Estadio IIIA: Ninguna extensión en la pared pelviana, pero afección del tercio inferior



de la vagina.

Estadio IIIB: Extensión a la pared pelviana, hidronefrosis o disfunción renal.

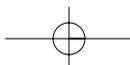
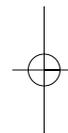
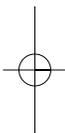
Estadio IV

El carcinoma de estadio IV se extiende más allá de la pelvis verdadera o invade la mucosa de la vejiga y/o del recto.

Estadio IVA: Extensión del tumor a los órganos pelvianos cercanos.

Estadio IVB: Extensión a los órganos distantes.

Fuente: TNM Classification of malignant tumours. L. Sobin and Ch Wittekind (eds.), UICC Internation Union against Cancer, Geneva, Switzerland. pp155-157; 6th ed. 2002.



Anexo 2

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

El médico/agente de salud me explicó en detalle el procedimiento de las pruebas con vinagre (IVA) e yodo (IVL) que permiten la detección temprana y la prevención del cáncer del cuello uterino. Sé que la superficie de mi cérvix se examinará visualmente tras aplicar ácido acético al 5%/solución de yodo destilada, con vistas a detectar o descartar un precáncer/cáncer. Sé que estos exámenes no son dolorosos, pero que, a veces, pueden provocar irritación o sangrados leves que desaparecen fácilmente.

Me han explicado que si la prueba da positiva, me recomendarán otros exámenes como la inspección visual del cuello amplificada mediante un instrumento llamado colposcopio, y el análisis de la muestra de un tejido cervical (biopsia), antes de administrarme un tratamiento. También me han avisado que en caso de anomalías (infección, precáncer, cáncer o complicaciones), puede ser necesaria la prescripción de un tratamiento medicinal o una crioterapia (destrucción de la parte enferma del cuello mediante una sonda criogénica), o retirar la parte enferma en una intervención quirúrgica mayor o menor, seguida o no de radioterapia.

Por la presente, acepto someterme a la prueba descrita más abajo y al tratamiento, si éste es aconsejado.* / No acepto someterme a estas pruebas.*

Firma:

Fecha:

Apellido:

Dirección:

* Tachar lo que no corresponda

Anexo 3

Formulario de registro de los resultados de la IVA y de la IVL

Tamizaje por IVA y IVL

1. Número único / numero de serie / clínico : _____
2. Fecha de la prueba [][]-[][]-[][]
(día (2 cifras)-mes (2 cifras)-año (2 cifras)) :
3. Nombre: _____
4. Dirección: _____

5. Edad (en años) [][]
6. Educación: (1: Ninguna; 2: Primaria; 3: Secundaria;
4: Preparatoria; 5: Técnica, profesional o universitaria 9: No determinada) []
7. ¿Cuándo tuvo las últimas reglas?
(1: Menos de 12 meses; 2: Más de 12 meses) []
8. Estado civil: (1: Casada; 2: Viuda; 3: Separada;
8: Otro; 9: No determinado) []
9. Edad al casarse o de la primera relación sexual:
(99, si no determinada) [][]
10. Número total de partos/abortos naturales: [][]
11. ¿Usted tiene uno de los síntomas siguientes?
(Tachar la casilla si la respuesta es sí; si no, dejarla vacía):
 - Perdidas vaginales abundantes
 - Hinchazones en la región anogenital externa
 - Ulceraciones en la región anogenital externa
 - Dolores pelvianos

- Dolores durante las relaciones sexuales
- Sangrado después de las relaciones sexuales
- Sangrado entre las reglas
- Dolor de espalda baja

12. ¿Resultados de la inspección visual?

(Tachar la casilla si la respuesta es sí; si no, dejarla vacía):

- Unión escamoso cilíndrica visible en totalidad
- Pólipo cervical
- Quistes de Naboth
- Cervicitis
- Leucoplasia
- Condiloma
- Crecimiento

13. Resultados un minuto después de aplicar ácido acético al 5% (IVA)

(1: Negativa; 2: Positiva; 3: Positiva, cáncer invasor)

[]

14. Si la IVA es positiva, ¿se extiende la lesión acetoblanca hacia el conducto endocervical?

(1: Sí; 2: No)

[]

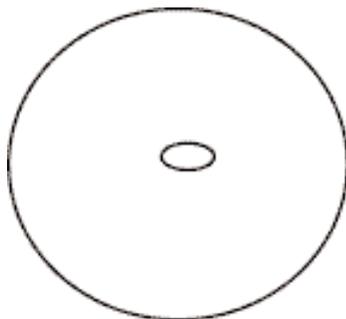
15. Si la IVA es positiva, ¿cuántos cuadrantes están afectados por la(s) lesión(es) acetoblanca(s)?

(1: Dos o menos; 2: Tres; 3: Cuatro cuadrantes)

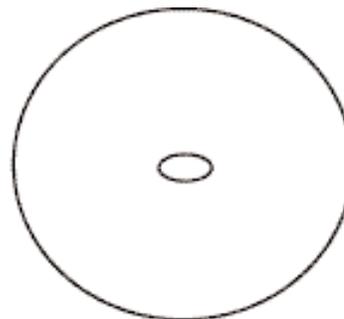
[]

16. Esquema

(representar la unión escamoso cilíndrica con una línea de puntos, y la(s) región(es) acetoblanca(s)/yodonegativa(s) con una línea continua)



IVA



IVL

17. Resultados tras aplicar la solución de Lugol (IVL)

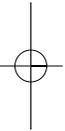
(1: Negativa; 2: Positiva; 3: Positiva, cáncer invasor)

[]



Manual práctico para la Detección Visual de las Neoplasias Cervicales

18. En caso de cáncer invasor, precisar el estadio (1: IA; 2: IB; 3: IIA; 4: IIB;
5: IIIA; 6: IIIB; 7: IVA; 8: IVB; 9: No determinado) []
19. ¿Biopsia? (1: Sí; 2: No)
(En caso de sí, indicar con una cruz el(los) sitio(s) de biopsia en el esquema)[]
20. Medidas tomadas :
- (1: Control aconsejado después de 5 años;
 - 2: Tratamiento terapéutico recomendado en caso de cervicitis y visita de control dentro de 6 meses;
 - 3: Referir a colposcopia;
 - 4: Referir a un tratamiento inmediato;
 - 5: Derivación para clasificación de estadio y tratamiento del cáncer invasor;
 - 6: Otros, especificar. _____) []



Anexo 4

Limpieza y esterilización del instrumental y del material empleado para la detección temprana y tratamiento de las neoplasias cervicales:

Instrumental/material	Procedimiento	Método sugerido
Espéculo vaginal, separador de las paredes vaginales, pinza para biopsia, pinza dentada, pinza de anillo, pinzas de disección larga, pinza de Cheatle.	Descontaminación y limpieza seguidas de esterilización o DHN.	Descontaminación por inmersión durante 10 minutos en una solución clorada al 0.5%, después limpiar con agua y detergente; luego los instrumentos limpiados pueden ser inmersos en agua hervida durante 20 minutos (desinfección de alto grado) o esterilizado al autoclave, antes de ser utilizados de nuevo.
Guantes.	Descontaminación y limpieza antes de esterilizar.	Descontaminación por inmersión durante 10 minutos en una solución clorada al 0.5%, después limpiar con agua y detergente; y esterilización en autoclave por paquetes de instrumentos envueltos.
Mesa de exploración, lámpara halógena, lámpara eléctrica, carrito, bandeja.	Desinfección de grado intermedio o de bajo grado.	Enjuagar con alcohol etílico al 60-90% o alcohol isopropílico, o con una solución clorada al 0.5%.

DHN: Desinfección de alto grado

Preparación de una solución de cloro al 0.5%:

La fórmula general para preparar una solución clorada diluida a partir de un preparado comercial cualquiera que sea su concentración es la siguiente: partes de agua totales = [%concentrado/% diluido] - 1. Por ejemplo, para hacer una solución de cloro diluida al 0,5% a partir de una solución de cloro doméstica concentrada al 5% = $[5.0\%/0.5\%] - 1 = 10 - 1 = 9$ partes de agua; en consecuencia, agréguese una parte de lejía a nueve partes de agua.

Si se está usando el cloro en polvo comercial, siga la fórmula siguiente para calcular la cantidad de polvo (en gramos) requerida para la preparación de una solución de cloro al 0,5%:

Gramos/litro = [% diluido/%concentrado] x 1000. Por ejemplo, para hacer una solución de cloro diluida al 0,5% a partir de polvo de hipoclorito de calcio al 35% = $[0.5\%/35\%] \times 1000 = 14.2$ g. Por lo tanto, agréguese 14,2 g de polvo a 1 litro de agua o 142 g a 10 litros de agua. Los instrumentos no deben quedar en la lejía durante mas de 10 minutos y deben limpiarse en agua hervida inmediatamente después de la descontaminación para prevenir la decoloración y la corrosión del metal.

Descontaminación del suelo en el consultorio de tamizaje:

El suelo del consultorio de tamizaje debe descontaminarse mediante desinfectantes químicos como los yodóforos (por ejemplo el yodo povidona al 10%).

Anexo 5

Preparación de la solución de ácido acético al 5%, de la solución yodoyodurada de Lugol y la pasta de Monsel

Ácido acético al 5%

Ingredientes	Cantidad
1. Ácido acético glacial	5 ml
2. Agua destilada	95 ml

Preparación: Agregue cuidadosamente 5 ml de ácido acético glacial a 95 ml de agua destilada y mezcle a fondo.

Almacenamiento: El ácido acético que no haya usado debe desecharse al final del día.

Etiquetado: Ácido acético al 5%

Nota: es importante diluir el ácido acético glacial, ya que aplicarlo sin diluir al epitelio causa una quemadura química grave.

Solución yodoyodurada de Lugol

Ingredientes	Cantidad
1. Yoduro potásico	10 g
2. Agua destilada	100 ml
3. Cristales de yodo	5 g

Preparación

- Disuelva 10 g de yoduro potásico en 100 ml de agua destilada.
- Agregue lentamente 5 g de cristales de yodo, agitando al mismo tiempo.
- Filtre y guarde en un frasco marrón, que cerrará firmemente.

Almacenamiento: 1 mes

Etiquetado: Solución yododurada de Lugol; Usar antes de (fecha)

Solución de Monsel

Ingredientes

	Cantidad
1. Subsulfato férrico	15 g
2. Polvo de sulfato férrico	unos granos
3. Agua estéril para mezclar	10 ml
4. Glicerolado de almidón (véase preparación en la página siguiente)	12 g

Preparación

Atención: la reacción es exotérmica (libera calor)

- Eche unos granos del polvo de sulfato ferroso en 10 ml de agua estéril en un bocal de vidrio. Agite.
- Disuelva el subsulfato férrico removiendo con un agitador de vidrio. La solución debe volverse clara.
- Pese el glicerolado en un mortero de vidrio. Mezcle bien.
- Agregue lentamente la solución de sulfato férrico al glicerolado de almidón, removiendo constantemente para conseguir una mezcla homogénea.
- Guarde la mezcla en un frasco de vidrio marrón de 25 ml.
- Para uso clínico, suele preferirse que haya una evaporación suficiente que da a la solución una consistencia pastosa, pegajosa, parecida a la mostaza. Esto puede llevar de 2 o 3 semanas, según el entorno. Bien cerrar el recipiente para asegurar el almacenamiento. Si es necesario, puede añadirse agua estéril a la pasta para hacerla menos densa.

Nota: esta preparación contiene 15% de hierro elemental.

Almacenamiento: 6 meses

Etiquetado: Solución de Monsel; agitar bien; solo para uso externo; usar antes de (fecha)

Glicerolado de almidón (ingrediente de la solución de Monsel)

Ingredientes

	Cantidad
1. Almidón	30 g
2. Agua estéril para mezclar	30 ml
3. Glicerina	390 g

Preparación

- En una crisol de porcelana, disuelva el almidón en el agua estéril.
- Añada la glicerina. Agite bien.
- Caliente el crisol y su contenido sobre un mechero de Bunsen. Mezcle constantemente con una espátula hasta que la masa adquiera una consistencia espesa. Tenga cuidado de



no calentar excesivamente, pues se pondrá amarilla.

Almacenamiento: 1 año

Etiquetado: glicerolado de almidón ; consérvase en un lugar fresco ; solo para uso externo ; usar antes de (fecha)

Nota: No caliente excesivamente, o la mezcla se pondrá amarilla.



Para más información

- Ottaviano, M. & La Torre, P. (1982) Examination of the cervix with the naked eye using acetic acid test. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, **143**, 139-142.
- Cecchini, S., Bonardi, R., Mazzotta, A., Grazzini, G., Iossa A. & Ciatto, S. (1993) Testing cervicography and VIA as screening tests for cervical cancer. *Tumori*, **79**, 22-25.
- Östor, A.G. (1993) Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review. *Int. J. Gynecol. Pathol.*, **12**, 186-192.
- Sankaranarayanan, R., Wesley, R., Somanathan, T., Dhakad, N., Shyamalakumary, B., Sreedevi Amma, N., Parkin, D.M. & Krishnan Nair, M. (1998) Performance of visual inspection after acetic acid application (VIA) in the detection of cervical cancer precursors. *Cancer*, **83**, 2150-2156.
- Walboomers, J.M.M., Jacobs, M.V., Manos, M.M., Bosch, F.X., Kummer, J.A., Shah, K.V., Snijders, P.J., Peto, J., Meijer, C.J. & Munoz, N. (1999) Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J. Pathol.*, **189**, 12-19.
- Sankaranarayanan, R., Shyamalakumary, B., Wesley, R., Sreedevi Amma, N., Parkin, D.M. & Krishnan Nair, M. (1999) Visual inspection with acetic acid in the early detection of cervical cancer and precursors. *Int. J. Cancer*, **80**, 161-163.
- University of Zimbabwe/JHPIEGO Cervical Cancer Project (1999) Visual inspection with acetic acid for cervical-cancer screening: test qualities in a primary-care setting. *Lancet*, **353**, 869-873.
- Denny, L., Kuhn, L., Pollack, A., Wainwright, H. & Wright, T.C., Jr (2000) Evaluation of alternative methods of cervical cancer screening for resource-poor settings. *Cancer*, **89**, 826-833.
- Belinson, J.L., Pretorius, R.G., Zhang, W.H., Wu, L.Y., Qiao, Y.L. & Elson, P. (2001) Cervical cancer screening by simple visual inspection after acetic acid. *Obstet. Gynecol.*, **98**, 441-444.
- Sankaranarayanan, R., Budukh, A.M. & Rajkumar, R. (2001) Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries. *Bull. World Health Org.*, **79**, 954-962.
- Goldie, S.J., Kuhn, L., Denny, L., Pollack, A. & Wright, T.C. (2001) Policy analysis of cervical cancer screening strategies in low-resource settings: clinical benefits and cost-effectiveness. *JAMA*, **285**, 3107-3115.
- Denny, L., Kuhn, L., Pollack, A. & Wright, T.C., Jr (2002) Direct visual inspection for cervical cancer screening: an analysis of factors influencing test performance. *Cancer*, **94**, 1699-1707.
- Mandelblatt, J.S., Lawrence, W.F., Gaffikin, L., Limpahayom, K.K., Lumbiganon, P., Warakamin, S., King, J., Yi, B., Ringers, P. & Blumenthal, P.D. (2002) Costs and benefits of different strategies to screen for cervical cancer in less-developed countries. *J. Natl. Cancer Inst.*, **94**, 1469-1483.
- Ferenczy, A. & Franco, E. (2002) Persistent human papillomavirus infection and cervical neoplasia. *Lancet Oncol.*, **3**, 11-16.
- Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists (RTCOG) and the JHPIEGO Corporation Cervical Cancer Prevention Group (2003). Safety, acceptability, and feasibility of a single-visit approach to cervical-cancer prevention in rural Thailand: a demonstration project. *Lancet*, **361**, 814-820.
- Sankaranarayanan, R., Wesley, R., Thara, S., Dhakad, N., Chandralekha, B., Sebastian, P., Chithrathara, K., Parkin, D.M. & Krishnan Nair, M. (2003). Test characteristics of visual inspection with 4% acetic acid (VIA) and Lugol's iodine (VILI) in cervical cancer screening in Kerala, India. *Int. J. Cancer*, **106**, 404-408.