

SEGUNDA SECCION

PODER EJECUTIVO

SECRETARIA DE SALUD

PROYECTO de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

ROBERTO TAPIA CONYER, Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4o. de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3o. fracción XVIII, 13, apartado A), fracción I, 158, 159, 160 y 161 de la Ley General de Salud; 38 fracción II, 40 fracciones III y XI, 41, 43, 46, y 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 28 y 33 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, y 8 fracciones V y XVI, 10 fracciones VII, XII y XVI, y 40 fracción II del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, he tenido a bien ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación del Proyecto de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

El presente Proyecto se publica a efecto de que los interesados, dentro de los siguientes 60 días naturales contados a partir de la fecha de su publicación, presenten sus comentarios por escrito ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, sito en Lieja número 7, 1er. piso, colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, código postal 06696, México, D.F., teléfono 5062-1753 y fax 5286-5355, correo electrónico: pce@salud.gob.mx

Durante el lapso mencionado y, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 45 y 47 fracción I, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, la Manifestación de Impacto Regulatorio del presente Proyecto de Norma estará a disposición del público, para su consulta, en el portal electrónico de Manifestaciones de Impacto Regulatorio www.cofemermir.gob.mx

PREFACIO

En la elaboración de esta Norma Oficial Mexicana, participaron las siguientes unidades administrativas e instituciones:

Secretaría de Salud

Secretaría de la Defensa Nacional

Dirección General de Sanidad

Secretaría de Marina

Dirección General de Sanidad Naval

Petróleos Mexicanos

Hospital General de México

Hospital Juárez de México

Hospital General Dr. Manuel Gea González

Instituto Nacional de Cancerología

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes

Instituto Nacional de Salud Pública

Instituto Mexicano del Seguro Social

Coordinación General del Programa de IMSS-OPORTUNIDADES

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Universidad Nacional Autónoma de México

Academia Nacional de Citopatología

Academia Nacional de Medicina

Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, A.C.

Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia

Asociación Mexicana de Colposcopia y Patología Cervical, A.C.

Asociación Mexicana de Obstetricia y Ginecología Infanto-Juvenil

Colegio Mexicano de Colposcopistas

Asociación de Lucha Contra el Cáncer

INDICE

0. Introducción
1. Objetivo y campo de aplicación
2. Referencias
3. Definiciones y terminología
4. Símbolos y abreviaturas
5. Generalidades
6. Consejería
7. Prevención
8. Detección oportuna
9. Diagnóstico, tratamiento y control de las lesiones intraepiteliales
10. Diagnóstico, tratamiento y control del cáncer invasor
11. Sistema de vigilancia epidemiológica
12. Perfil del personal operativo de salud
13. Control de calidad
14. Evaluación
15. Apéndices
16. Concordancia con normas o recomendaciones internacionales y normas mexicanas
17. Bibliografía
18. Observancia de la Norma
19. Vigencia

0. Introducción

El cáncer cérvico uterino ocupa el primer lugar en incidencia causada por tumores malignos y el tercero en mortalidad relacionada con las neoplasias malignas en la población en general.

En la población femenina el cáncer cérvico uterino es la primera causa de muerte por neoplasias malignas, particularmente en el grupo de 25 a 64 años de edad.

En los países en que se tienen programas de detección masiva adecuados a través del estudio citológico cervical, se ha observado una importante disminución de la mortalidad por cáncer cérvico uterino, atribuible a la detección de las lesiones precursoras y preinvasoras, para las que el diagnóstico oportuno ofrece la posibilidad de tratamiento exitoso a un menor costo social y de los servicios de salud.

Se han resuelto muchas interrogantes sobre la etiología del cáncer cérvico uterino y actualmente se encuentran en desarrollo nuevas alternativas tanto de detección como terapéuticas y de prevención, que se irán incorporando de acuerdo a los estudios de costo efectividad que se realicen, para ofrecer un diagnóstico y tratamiento oportuno, lo que constituye el eje fundamental del Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino.

Debido a la magnitud que muestra el cáncer cérvico uterino en nuestro país, éste se considera un problema de salud pública, por lo que es necesario subrayar como estrategia principal la coordinación de los sectores público, privado y social para afrontar este padecimiento con mayor compromiso, eficiencia y eficacia.

Es importante lograr una participación activa de la comunidad en la solución de este problema de salud, la cual se podrá lograr entre otros mediante la educación para la salud, las acciones de promoción, difusión e información de los factores de riesgos, así como la concientización en el autocuidado de la salud.

Los beneficios que se esperan obtener a través de esta Norma Oficial Mexicana son contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad que el Cáncer Cérvico Uterino ocasiona.

1. Objetivo y campo de aplicación

1.1 Objetivo

El objetivo de esta Norma es uniformar los principios, políticas, estrategias y criterios de operación para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

1.2 Campo de aplicación

Esta Norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud de los sectores público, social y privado que realiza acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia del cáncer cérvico uterino. Se deberá dar especial atención a las áreas rurales e indígenas y a las zonas urbano-marginales, a través de estrategias de extensión de la cobertura.

2. Referencias

Para la correcta aplicación de esta Norma es conveniente consultar:

2.1 Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica.

2.2 Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.

3. Definiciones y terminología

Para los fines de esta Norma son aplicables las siguientes definiciones y terminología:

3.1 Autopsia verbal: Estudio epidemiológico de caso que se realiza a través de la aplicación de cuestionarios a los familiares, para identificar los factores asociados a la defunción por cáncer cérvico uterino.

3.2 Biopsia: Proceso de extracción de tejidos u otras materias procedentes de un organismo vivo, para examen microscópico con fines de diagnóstico histopatológico.

3.3 Braquiterapia: Aplicación de fuentes radioactivas a corta distancia de la zona tumoral, con fines terapéuticos.

3.4 Cáncer: Tumor maligno originado por la pérdida de control del crecimiento de las células, que puede invadir estructuras adyacentes o propagarse a sitios alejados y tener como resultado la muerte.

3.5 Cáncer invasor: Cualquiera de las etapas de carcinoma invasivo, desde aquellos diagnosticados sólo por microscopio, hasta las lesiones de gran magnitud con invasión al estroma, extensión a todo el órgano, órganos adyacentes y propagación a órganos distantes.

3.6 Cáncer in situ: De acuerdo con la definición de la OMS, es una lesión en la que todo el epitelio o la mayor parte de él muestra el aspecto celular de carcinoma. No hay invasión del estroma subyacente.

3.7 Cáncer microinvasor: Invasión del estroma cervical con una medida máxima de profundidad de 5mm y una extensión horizontal máxima de 7mm.

3.8 Captura de híbridos: Prueba biomolecular, basada en la amplificación de la señal de híbridos en solución, in vitro, para detectar blancos de DNA o RNA.

3.9 Carcinoma: Cáncer que se origina en los tejidos epiteliales.

3.10 Centro oncológico: Área independiente o adscrita a una unidad hospitalaria, reservada para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con afecciones debidas a lesiones precursoras o cáncer.

3.11 Cepillado endocervical: Obtención de células del canal endocervical a través de un cepillo, para su examen microscópico.

3.12 Ciclo pélvico: Sesión de radioterapia localizada al área pélvica, para fines de tratamiento.

3.13 Cirugía derivativa: Se dice de aquella cirugía que se realiza a fin de permitir el paso de diferentes fluidos corporales a través de obstrucciones existentes (tumores entre otros) y que difiere del paso anatómico-funcional normal (Ej. vejiga ileal, colostomía, entre otros)

3.14 Citología cervical: Estudio que se realiza mediante la observación y análisis de una muestra de células del endocérnix y exocérnix a través de un microscopio, para determinar cambios o alteraciones en la anatomía y fisiología de las células. También conocida como Prueba de Papanicolaou.

3.15 Clínica de colposcopia: Establecimiento médico en donde el servicio es otorgado por un médico colposcopista, cuya función es realizar el diagnóstico colposcópico y el tratamiento conservador de las lesiones intraepiteliales del cérvix.

3.16 Colposcopia: Procedimiento exploratorio instrumentado, en el que se emplea un aparato con sistemas ópticos de aumento, a través del cual se puede observar la vulva, la vagina y el cérvix uterino, visualizándose en este último las condiciones de su epitelio, al cual se le pueden realizar tinciones con fines de orientación diagnóstica.

3.17 Colposcopia no satisfactoria: Examen colposcópico en el que no se puede visualizar la totalidad de la unión escamo-columnar o los límites de la lesión en el cuello uterino.

3.18 Consentimiento Informado: Es la aceptación libre, voluntaria, con pleno conocimiento y comprensión de la información por la usuaria para que le realicen un procedimiento diagnóstico o terapéutico.

3.19 Conización: Resección de una lesión de la zona de transformación del cuello uterino con una profundidad no menor a 5 mm con fines diagnósticos y/o terapéuticos. También se denomina cilindro o cono diagnóstico.

3.20 Consejería: Proceso de información y comunicación entre el prestador de servicios y la usuaria.

3.21 Criocirugía: Aplicación de baja temperatura hasta alcanzar el punto de congelación de las células produciendo su muerte.

3.22 Dilación: Tiempo que se puede retardar para brindar tratamiento oncológico.

3.23 Displasia: Pérdida de la capacidad de maduración del epitelio, con alteraciones en la morfología de sus componentes celulares.

3.24 Electrocirugía: Empleo de la corriente eléctrica interna de alta frecuencia para escindir la zona de transformación y la lesión con una profundidad no menor de 5mm.

3.25 Epidemiología: Disciplina que estudia la distribución de las enfermedades en una población en relación a tiempo, lugar, y persona, o agente, huésped y ambiente.

3.26 Factor de riesgo: Condición particular que incrementa la posibilidad de desarrollar una patología.

3.27 Histerectomía: Intervención quirúrgica para extirpar totalmente el útero por vía vaginal o abdominal.

3.28 Histerectomía extrafascial: Extirpación quirúrgica del útero por fuera de la fascia pélvica.

3.29 Histopatología: Estudio de la composición y de la estructura microscópica de los tejidos enfermos con fines diagnósticos.

3.30 Incidencia: Número de casos nuevos de una enfermedad o daño, ocurridos en una población, lugar y tiempo determinados.

3.31 LASER (Light Amplification Stimulated Emission of Radiation): Uso de la energía fotónica para la destrucción o escisión de lesiones y/o la zona de transformación del cuello uterino con una profundidad no menor a 5 mm.

3.32 Lesión de bajo grado: Incluye los cambios celulares asociados al efecto citopático de la infección por virus del papiloma humano (conocida como atípica koilocítica), restringida generalmente a la capa basal. Corresponde a estas lesiones la displasia leve/ NIC 1.

3.33 Lesión de alto grado: Cambios celulares asociados a mitosis atípica, de moderada a intensa, que abarca todo el espesor del epitelio, incluyendo la capa basal. Corresponde a este tipo de lesiones las identificadas como displasia moderada, grave y cáncer in situ/ NIC 2-3.

3.34 Linfadenectomía: Procedimiento quirúrgico mediante el cual se eliminan ganglios linfáticos.

3.35 Melanoma: Cáncer, generalmente fatal, que se origina de los melanocitos de la piel.

3.36 Morbilidad: Número proporcional de enfermos en una población determinada, durante un tiempo y lugar específico.

3.37 Mortalidad: Número proporcional defunciones ocurridas en una población determinada, durante un tiempo y lugar específico.

3.38 Neoplasia: Proliferación autónoma de células anormales.

3.39 Perfil de riesgo de cáncer cérvico uterino: Características particulares de las mujeres que incrementan la probabilidad de desarrollar esta patología: mujer con edad de 25 a 64 años, con vida sexual activa o antecedentes de haber tenido vida sexual, que no se ha realizado estudios previos de citología cervical y presenta cuadros repetitivos de infecciones transmitidas sexualmente y que presenta hábito tabáquico.

3.40 Perspectiva de Género: Visión que permite identificar las formas de relación socioculturales basadas en diferencias biológicas entre hombres y mujeres que afectan la salud.

3.41 Prevalencia: Proporción de casos de una enfermedad determinada (incluye casos existentes y nuevos casos) en un lugar y tiempo determinado.

3.42 Pruebas biomoleculares (Captura de Híbridos y RPC): Métodos de diagnóstico por laboratorio, para la detección del genoma de agentes infecciosos como el virus del papiloma humano.

3.43 RPC: (Reacción de la Polimerasa en Cadena): Prueba biomolecular en la que el DNA blanco se amplifica selectivamente por medios enzimáticos, a través de ciclos repetidos de desnaturalización, hibridación del fragmento precursor y extensión de éste.

3.44 Sistema de Clasificación Bethesda: Nomenclatura sobre los lineamientos para el reporte de resultados de la citología cervical.

3.45 Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE): Conjunto de relaciones formales y funcionales, en el cual participan coordinadamente las instituciones de Sistema Nacional de Salud a través de su estructura, para llevar a acabo de manera oportuna y uniforme la vigilancia epidemiológica.

3.46 Registro Nominal de cáncer cérvico uterino: Elemento de la Vigilancia Epidemiológica, cuyo objetivo es recabar información personalizada referente a los factores de riesgo y los tratamientos que se brindan a los casos de mujeres con lesión intraepitelial de bajo o alto grado y cáncer, para contribuir al conocimiento del comportamiento epidemiológico del padecimiento y a la evaluación de las acciones que se desarrollan para su control.

3.47 Tamizaje: Prueba de detección masiva realizada de manera intencionada con el objeto de identificar oportunamente individuos con una enfermedad o trastorno de salud específico.

3.48 Vigilancia Epidemiológica: Conjunto de acciones en la cual participan diferentes instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional de Salud, para conocer de manera oportuna y uniforme la distribución de las enfermedades en una población determinada.

3.49 Virus del Papiloma Humano: Microorganismos pertenecientes a la familia de los papovavirus, infectan la piel y las mucosas pudiendo producir tumores epiteliales benignos o malignos, varían en su tropismo tisular, su asociación con distintas lesiones y su potencial oncogénico.

3.50 Visualización Directa: Inspección del cérvix mediante el uso de un espejo vaginal y una iluminación apropiada.

3.51 Zona de transformación: Es el área comprendida entre el epitelio escamoso original y el epitelio columnar del cérvix uterino, dentro de la cual pueden identificarse diversos grados de maduración del epitelio metaplásico.

4. Símbolos y abreviaturas

4.1 ASC: Anormalidades en el epitelio plano (deriva de la terminología internacional, por sus iniciales en inglés: Atypical Squamous Cell)

4.2 ASC-H Anormalidades en el epitelio plano, probablemente de alto grado (deriva de la terminología internacional, por sus iniciales en inglés: Atypical Squamous Cell, High grade)

4.3 CONAVE: Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica

4.4 InDRE: Instituto de Diagnóstico y Referencias Epidemiológicos, Secretaría de Salud

4.5 LASER: Light Amplification Stimulated Emission of Radiation

4.6 LIBG: Lesión Intraepitelial de Bajo Grado

4.7 LIAG: Lesión Intraepitelial de Alto Grado

4.8 NIC: Neoplasia Intraepitelial Cervical

4.9 NOM: Norma Oficial Mexicana

4.10 OMS: Organización Mundial de la Salud

4.11 OPS: Organización Panamericana de la Salud

4.12 RPC: Reacción de la Polimerasa en Cadena

4.13 VPH: Virus del Papiloma Humano

4.14 SINAVE: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

4.15 SICAM-Procacu: Sistema de Información de Cáncer de la Mujer-Programa de Cáncer Cérvico Uterino

5. Generalidades

5.1 La orientación-consejería se otorgará a toda mujer que solicite por primera vez la prueba de detección y/o que tenga un resultado positivo a VPH, LIBG, LIAG o cáncer.

5.2 La prevención se llevará a cabo por medio de la citología cervical, ésta será gratuita en las unidades médicas de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

5.3 Las mujeres con reporte citológico de infección por virus de papiloma humano y lesión de bajo y alto grado, deberán referirse a una clínica de colposcopia.

5.4. El diagnóstico presuntivo de cáncer cérvico uterino se puede establecer por examen clínico, citología de cuello y/o colposcopia. El diagnóstico definitivo, se establece únicamente con el examen histopatológico por medio de biopsia dirigida o pieza quirúrgica.

5.5 El cáncer de cuello del útero se codificará con fines estadísticos de acuerdo con la décima revisión Internacional de la Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS-OPS) tal y como se indica a continuación:

5.5.1 Displasias

N87 Displasia de cuello uterino

Excluye: carcinoma in situ del cuello del útero (DO6)

N87.0 Displasia cervical leve

Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC), grado I

N87.1 Displasia cervical moderada.

Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC), grado II

N87.2 Displasia cervical severa, no clasificada en otra parte

Displasia cervical severa SAI

Excluye: Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC), grado III, con o sin mención de displasia severa (D06)

N87.9 Displasia del cuello del útero, no especificada

5.5.2 Carcinoma in situ del cuello uterino

D06 Carcinoma in situ del cuello del útero.

Incluye: Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC), grado III, con o sin mención de displasia severa.

Excluye: Displasia severa del cuello SAI (N87.2)

Melanoma in situ del cuello (D03.5)

D06.0 Carcinoma in situ del endocérnix

D06.1 Carcinoma in situ del exocérnix

D06.7 Carcinoma in situ de otras partes especificadas del cuello del útero.

D06.9 Carcinoma in situ del cuello del útero, parte no especificada.

5.5.3 Tumor maligno de cuello de útero

C53 Tumor maligno de cuello de útero

C53.0 Tumor maligno de endocérnix

C53.1 Tumor maligno de exocérnix

C53.8 Lesión de sitios contiguos del cuello del útero.

C53.9 Tumor maligno de cuello de útero, sin otra especificación.

5.6 Las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud cuentan con sistemas de información, supervisión y evaluación que permiten verificar la aplicación, difusión y conocimiento de la Norma; en las instituciones privadas, la verificación será realizada por la Secretaría de Salud.

6. Consejería

6.1 La consejería se considera parte importante del proceso de comunicación y análisis entre el prestador de servicios y la usuaria, por lo que toda consulta derivada del Programa de Cáncer Cérvico Uterino debe ir acompañada de la consejería como una acción primordial.

6.2 Mediante la consejería se debe proporcionar información, orientación, asesoría y aclarar dudas a la mujer y sus familiares, tomando como referencia lo establecido en esta Norma en materia de prevención, pruebas de detección, diagnóstico y tratamiento de las lesiones de bajo y alto grado y del cáncer cérvico uterino.

6.3 La consejería debe incluir la exploración y expresión de sentimientos de la mujer como angustia, temor, ambivalencia, depresión, ira y negación; para facilitar la toma de decisiones.

6.4 La consejería debe hacer énfasis en la efectividad y limitaciones que tienen la detección oportuna, el diagnóstico y el tratamiento, considerando la particularidad de cada caso. Es importante enfatizar en la responsabilidad compartida de la mujer con el personal de salud en el éxito del tratamiento a través de su participación activa.

6.5 Por medio de la consejería se debe garantizar a la mujer y a sus familiares el carácter privado y confidencial de la información que proporcione para favorecer la comunicación con absoluta confianza y libertad.

6.6 Mediante la consejería, se debe asegurar que la decisión de realizarse la citología cervical sea libre, informada y basada en los principios de respeto, voluntariedad e imparcialidad de la orientación y se debe enfatizar que la toma de decisión sobre el tratamiento sea apoyada en el consentimiento informado.

6.7 La consejería debe ser proporcionada por personal de salud que haya recibido capacitación específica y debe estar ampliamente informado sobre la prevención, detección y tratamiento de las lesiones precursoras y cáncer cérvico uterino.

6.8 La consejería debe impartirse en las diferentes oportunidades de consulta o visita que la usuaria haga al personal de salud o al servicio.

6.8.1 Se debe tener especial interés en proporcionar consejería a mujeres que:

Nunca se hayan realizado la detección

Presenten los factores de riesgo asociados a cáncer cérvico uterino

Acudan a la clínica de colposcopia

7. Prevención

La prevención del cáncer cérvico uterino se realizará por medio de la promoción de la salud y de la detección oportuna, orientadas a evitar o disminuir los factores de riesgo y a descubrir oportunamente lesiones precursoras.

7.1 Promoción de la salud

El personal de salud proporcionará a la población en general, especialmente a las mujeres y sus parejas, acciones de educación para la salud.

7.1.1 Actividades de Educación para la Salud

El personal de salud deberá:

- Informar a la población en general sobre la importancia de la enfermedad, los factores de riesgo y las posibilidades de prevención, diagnóstico y de tratamiento oportuno.

- Alentar la demanda de atención médica oportuna, periódica y de calidad para la detección y/o tratamiento, garantizando la información suficiente para la usuaria acerca de los procedimientos, con el consentimiento informado por escrito, en los casos de tratamiento quirúrgico que señalan los artículos 80 y 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

- Promover las acciones de detección oportuna y tratamiento.

- Orientar a las mujeres y hombres sobre su compromiso en el autocuidado de la salud y sobre su participación en los factores de riesgo de la enfermedad.

7.1.2 Factores de riesgo:

- Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años.

- Infección por virus del papiloma humano

- Mujeres de 25 a 64 años de edad

- Múltiples parejas sexuales (del hombre y de la mujer)

- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual

- Tabaquismo

- Desnutrición

- Deficiencia de antioxidantes

- Pacientes con inmuno-deficiencias

- Nunca haberse practicado el estudio citológico

7.1.3 Actividades de Participación Social

El personal de salud deberá:

- Promover la participación de grupos organizados y líderes de la comunidad para que actúen como informadores y promotores ante su núcleo de influencia.

- Integrar a la población femenina de las asociaciones, agrupaciones gremiales, centros laborales, asociaciones de profesionales del campo de la salud y del campo de la comunicación, así como asociaciones de la sociedad civil, a que participen en las acciones intensivas y permanentes de detección oportuna de cáncer cérvico uterino.

- Capacitar a promotores institucionales y voluntarios, de acuerdo con los lineamientos de esta Norma.

8. Detección oportuna

8.1 Los métodos de tamizaje para la detección oportuna de cáncer del cuello uterino son:

Citología Cervical y Visualización Directa con Acido Acético (sólo cuando no se cuente con infraestructura para realizar la citología cervical). Las pruebas biomoleculares como Captura de Híbridos y RPC, pueden ser utilizadas como complemento de la citología.

8.1.1 El personal de salud de primer contacto (médicos, enfermeras y técnicos capacitados) ofrecerán a toda mujer entre 25 a 64 años de edad y en especial a aquellas con perfil de riesgo, la prueba de detección del cáncer cérvico-uterino y se le realizará a quien la solicite independientemente de su edad.

8.2 Las mujeres con muestra citológica inadecuada para el diagnóstico, deberán ser localizadas en un lapso no mayor a 4 semanas, para repetir la prueba.

8.2.1 En mujeres con dos citologías anuales consecutivas con resultado negativo a lesión intraepitelial o cáncer, se realizará la detección cada 3 años.

8.2.2 A las mujeres con resultado citológico de lesión intraepitelial o cáncer, se les informará que el resultado no es concluyente y que requieren el diagnóstico confirmatorio. Estas pacientes serán enviadas a una clínica de colposcopia. Cuando sean dadas de alta, continuarán con el control citológico establecido.

8.3 El resultado citológico se reportará de acuerdo con la Clasificación Bethesda, como se indica a continuación:

I. Calidad de la muestra:

A.- Adecuada

1.- Con presencia o ausencia de la zona de transformación

B.- Inadecuada

1.- Por artificios, inflamación y/o necrosis en más del 75% del extendido

2.- 50-75% de hemorragia, inflamación, necrosis, mala fijación, etcétera

3.- Información clínica insuficiente

4.- Laminillas rotas, etcétera

II. Interpretación/ Resultado

A.- Negativo para lesión intraepitelial y/o maligno

1.- Organismos:

a.- Tricomonas Vaginalis

b.- Micro-organismos micóticos, morfológicamente compatibles con Cándida sp.

c.- Cambio en la flora sugestivo de vaginosis bacteriana

d.- Micro-organismos morfológicamente compatibles con Actinomyces sp.

e.- Cambios celulares compatibles con infección por Virus del Herpes Simple

2.- Cambios celulares reactivos asociados a:

a.- Inflamación (incluye reparación atípica)

b.- Radioterapia

c.- Dispositivo intrauterino

d.- Células glandulares post- histerectomía

e.- Atrofia

B.- Anormalidades en epitelio plano/escamoso

1.- Anormalidades en el epitelio plano (ASC)

2.- Anormalidades en el epitelio plano, probablemente de alto grado (ASC-H)

3.- Lesión intraepitelial de bajo grado (VPH, displasia leve, NIC I)

4.- Lesión intraepitelial de alto grado (displasia moderada, displasia severa, carcinoma in situ, NIC2, NIC3)

5.- Carcinoma epidermoide

C.- Anormalidades en epitelio glandular

1.- Células glandulares endocervicales atípicas

2.- Células glandulares endometriales atípicas

3.- Células glandulares atípicas

4.- Adenocarcinoma in situ

5.- Adenocarcinoma

D.- Otros

1.- Presencia de células endometriales (no atípicas) en mujeres de 40 años o mayores.

8.4 Toda mujer debe ser informada de su resultado citológico en menos de cuatro semanas a partir de la fecha de la toma de la muestra.

9. Diagnóstico, tratamiento y control de las lesiones intraepiteliales

9.1 El diagnóstico presuncional de lesión intraepitelial o cáncer se puede establecer por examen clínico, citología de cuello uterino y/o colposcopia.

9.1.1 El diagnóstico definitivo se establece únicamente por examen histopatológico.

9.2 El resultado colposcópico describirá las lesiones y el diagnóstico se notificará como sigue:

A. Cambios normales

B. Lesión intraepitelial de bajo grado

C. Lesión intraepitelial de alto grado

D. Lesiones sugestivas de invasión

E. Cáncer invasor

F. Otros hallazgos (condilomas, queratosis, erosión, inflamación, atrofia, decíduosis, pólipo)

9.3 El resultado del estudio histopatológico debe ser informado de la siguiente manera:

A. Insuficiente o inadecuado para el diagnóstico

B. Tejido del cérvix normal

C. Cervicitis aguda o crónica

D. Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (VPH, NIC I o displasia leve)

E. Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (NIC II o displasia moderada, NIC III o displasia grave y cáncer in situ)

F. Carcinoma epidermoide microinvasor

G. Carcinoma epidermoide invasor

- H.** Adenocarcinoma endocervical in situ
- I.** Adenocarcinoma endocervical invasor
- J.** Adenocarcinoma endometrial invasor
- K.** Sarcoma
- L.** Tumor Maligno no especificado
- M.** Otros

9.4 El médico citólogo y/o patólogo, debe avalar mediante su rúbrica, el 100% de las cédulas de resultados de casos positivos de cáncer y lesión intraepiteliales de bajo y alto grado.

9.5 Las pacientes cuyo resultado citológico reporte la presencia de procesos infecciosos, deben recibir tratamiento en la unidad médica de atención y después de dos citologías anuales consecutivas negativas a LIAG, LIBG y cáncer, el control citológico se realizará cada tres años.

9.5.1 Las pacientes enviadas a la clínica de colposcopia, además de su hoja de referencia, deben contar con notas médicas que permitan conocer sus condiciones al ingreso y su evolución, incluyendo tratamientos. En caso de contrarreferencia, explicar las razones para efectuarla.

9.5.2 Las pacientes a quienes se les realizó citología cervical, cuyo resultado es LIBG (infección por VPH, displasia leve o NIC 1); LIAG (displasia moderada y grave o NIC II y III) o cáncer deben enviarse a una clínica de colposcopia, en donde se llevará a cabo el estudio colposcópico.

9.5.3 Si el resultado de la citología es LIBG, la colposcopia es satisfactoria y sin evidencia de LIBG, se realizará control citológico en un año (Apéndice Normativo A)

9.5.4 Si la citología es de LIBG, la colposcopia es satisfactoria y existe evidencia de LIBG, se debe tomar una biopsia dirigida.

9.5.4.1 Si la biopsia dirigida es negativa, se realizará nueva colposcopia para verificar el diagnóstico y en caso necesario, tomar nueva biopsia dirigida y revalorar.

9.5.4.2 Si la biopsia dirigida es reportada como LIBG se podrá dar tratamiento conservador: criocirugía, electrocirugía o laserterapia (sólo si cumple con las condiciones referidas en el Apéndice 1) o se podrá mantener a la paciente en vigilancia en la clínica de colposcopia cada seis meses, con estudio citológico, durante 24 meses.

9.5.4.3 Si la biopsia dirigida es reportada como LIAG (Lesión Intraepitelial de Alto Grado) se realizará tratamiento conservador (electrocirugía o laserterapia). En las mujeres posmenopáusicas, dependiendo del estado clínico del cérvix, se realizará tratamiento conservador en la clínica de colposcopia o tratamiento quirúrgico (histerectomía extrafascial)

9.5.4.4 Si la biopsia dirigida reporta cáncer microinvasor o invasor, la paciente se transferirá a un centro oncológico para su tratamiento correspondiente.

9.5.4.5 Si la citología reporta LIBG y la colposcopia no es satisfactoria, se tomará cepillado endocervical (Apéndice Normativo A)

9.6 En caso de colposcopia no satisfactoria, negativa a LIBG y con cepillado endocervical negativo, se continuará su control en seis meses con citología y/o colposcopia según el caso.

9.6.1.1 Si el cepillado endocervical reporta LIBG se tratará a la paciente como LIAG, con métodos conservadores excisionales.

9.6.1.2 Si el cepillado endocervical es reportado como LIAG, se tratará en la clínica de colposcopia. Si el cepillado reporta lesión de mayor grado, se derivará a un centro oncológico (Apéndice Normativo A)

9.6.2 Las pacientes con resultado citológico de LIAG se transferirán a una clínica de colposcopia para su examen colposcópico o realización de cepillado endocervical, según el caso (Apéndice Normativo B)

9.6.2.1 Si la citología reporta LIAG, la colposcopia es satisfactoria y sin evidencia de lesión, se realizará revaloración del caso, tomando una nueva citología, a los tres meses. Si todos los resultados son negativos se continuará su control con citología y/o colposcopia, según el caso (Apéndice Normativo B)

9.6.2.2 Si la citología reporta LIAG y la colposcopia es satisfactoria con evidencia de lesión, se realizará biopsia dirigida.

9.6.2.3 Si la biopsia es negativa y ante lesión evidente, se realizará nueva colposcopia y cepillado endocervical para verificar el diagnóstico colposcópico y en caso necesario tomar nueva biopsia dirigida.

9.6.2.4 En caso de que la biopsia y el cepillado endocervical resultaran nuevamente negativos, se continuará su control con citología y colposcopia anual.

9.6.2.5 Si la biopsia dirigida es reportada como LIBG, se dará tratamiento conservador o se podrá mantener a la paciente en vigilancia en la clínica de colposcopia cada seis meses por 24 meses, con estudio citológico y reevaluar con resultado histopatológico.

9.6.2.6 En caso de biopsia positiva a LIAG, se debe realizar tratamiento conservador (electrocirugía o laserterapia) de acuerdo a la disponibilidad de cada institución, a juicio del colposcopista.

9.6.2.7 Si la biopsia dirigida es reportada como cáncer microinvasor o invasor, referir a centro oncológico.

9.6.3 Si la citología es LIAG y la colposcopia no es satisfactoria, tomar cepillado endocervical.

9.6.3.1 Si el cepillado endocervical es negativo, realizar biopsia de la lesión y con el resultado, revalorar el caso lo más pronto posible.

9.6.3.2 Si el cepillado endocervical señala LIBG, se tratará a la paciente como LIAG, con métodos conservadores excisionales y revalorar con resultado histopatológico.

9.6.3.3 Si el cepillado endocervical señala LIAG, se realizará conización (cilindro o cono diagnóstico) y revalorar.

9.6.3.4 De acuerdo a la revaloración, se decidirá si la paciente permanece en control en la clínica de colposcopia o si es necesario referirla.

9.6.3.5 Si la colposcopia no es satisfactoria y el cepillado reporta cáncer invasor, se referirá a un centro oncológico.

9.7 Las pacientes con citología de cáncer cérvico uterino invasor pasarán a la clínica de colposcopia para su estudio. (Apéndice Normativo C)

9.7.1 Si la colposcopia muestra tumor macroscópico, se realizará biopsia dirigida y evaluación cuidadosa de extensión de neoplasia a la vagina.

9.7.1.2 Si la biopsia confirma el diagnóstico de cáncer invasor, la paciente será transferida a un centro oncológico.

9.7.1.3 Si la citología es de cáncer invasor y se encuentra otro tipo de lesión y la colposcopia es satisfactoria, se tomará biopsia dirigida.

9.7.1.4 Si el resultado de la biopsia es cáncer invasor o cáncer microinvasor, la paciente será transferida a un centro oncológico.

9.7.2. Si el resultado de la biopsia es LIBG, se realizará manejo como si fuera LIAG, con tratamiento conservador.

9.7.2.1 Si el resultado de la biopsia es LIAG, se deberá referir a un centro oncológico.

9.7.3 Si la colposcopia no es satisfactoria, tomar cepillado endocervical o legrado. Si resulta positivo (LIBG, LIAG, o cáncer invasor), se referirá a la paciente a centro oncológico para que preferentemente se le practique conización con bisturí.

9.7.3.1 Si el cepillado endocervical y la biopsia son negativos, se revalorará el caso lo más pronto posible.

9.7.3.2 De acuerdo a la revaloración se decidirá si la paciente permanece en control en la clínica de colposcopia o si es necesario referirla.

9.8 Las pacientes embarazadas que presenten citología anormal pasarán a la clínica de colposcopia para su estudio (Apéndice Normativo D)

9.8.1 Si no existe lesión, la paciente se revalorará a las 12 semanas del nacimiento del producto. Pacientes con citología de cáncer invasor serán enviadas a colposcopia.

9.8.2 Cuando se tenga la confirmación histopatológica de LIBG y LIAG, las pacientes permanecerán en vigilancia con citología y colposcopia cada doce semanas y se programará su revaloración a las doce semanas de ocurrido el nacimiento del producto.

9.8.4 El tratamiento que se aplicará será de acuerdo a:

Etapas clínicas

Semanas de gestación

Tipo histopatológico

Opinión de la paciente

Comité de ética

9.8.5 Si el resultado histopatológico es de cáncer microinvasor o invasor, la paciente será transferida a un centro oncológico.

9.8.5.1 La paciente cuyo resultado de la biopsia sea carcinoma microinvasor, se le deberá realizar biopsia en anillo bajo control colposcópico e interconsulta a perinatología.

9.9 La paciente cuyo resultado de la biopsia sea Cáncer Invasor y/o tumor macroscópico se enviará a un centro oncológico para valoración, con interconsulta a perinatología (valoración obstétrica y fetal)

9.9.1 La paciente con diagnóstico de carcinoma cervicouterino etapa IB1 y IIA, deberá ser manejada en centro oncológico realizando valoración perinatal.

9.9.2 La paciente con más de 20 semanas de embarazo podrá tener una dilación hasta de 12 semanas en el tratamiento definitivo, para esperar viabilidad fetal.

9.9.2.1 La resolución del embarazo será a través de cesárea e histerectomía radical.

9.9.3 La paciente con diagnóstico de cáncer cérvico uterino Etapa IB2 en adelante con más de 20 semanas de gestación, deberá ser tratada en centro oncológico realizándole valoración perinatal, con una posible dilación hasta de seis semanas y será tratada con operación cesárea, radioterapia y/o quimioterapia.

9.9.3.1 Paciente con diagnóstico de cáncer cérvico uterino invasor en el puerperio o hasta con 6 meses de posparto deberá ser tratada en centro oncológico con radioterapia y/o quimioterapia.

9.9.3.2 Paciente en la que se decida dilación en el tratamiento oncológico, deberán tener un seguimiento estrecho cada 2 meses.

9.9.3.3 La resolución del embarazo se realizará por operación cesárea en el tercer nivel de atención.

10. Diagnóstico, tratamiento y control del cáncer invasor

10.1 Clasificación clínica de acuerdo con el Sistema de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

10.1.1 El cáncer microinvasor Ia1 se trata electivamente con histerectomía extrafascial, con margen de vagina de 2 cm. (Clase I)

10.1.1.2 Paciente para quien existe contraindicación quirúrgica, será considerada para tratamiento con braquiterapia.

10.1.2 Pacientes jóvenes con diagnóstico de cáncer epidermoide, paridad no satisfecha y con posibilidad de vigilancia estrecha, serán tratadas conservadoramente por cirujanos oncólogos o gineco-oncólogos, con adiestramiento formal en colposcopia.

10.1.3 El cáncer microinvasor Ia2 se trata electivamente con histerectomía extrafascial Clase I o Clase II.

10.1.3.1 En presencia de factores pronósticos adversos se realizará linfadenectomía pélvica.

10.1.3.2 Paciente para quien existe contraindicación quirúrgica, será considerada para tratamiento con radioterapia.

10.1.4 El estadio Ib1 y el IIa menor de 4 cm, se trata con histerectomía clase III o ciclo pélvico con radioterapia.

10.1.4.1 Pacientes tratadas con cirugía o con factores pronósticos adversos, recibirán tratamiento adyuvante de radioterapia con o sin quimioterapia simultánea mediante esquemas con Platino.

10.1.5 En el estadio Ib2 y los estadios II voluminosos se tratan con radioterapia o con la combinación de radioterapia y quimioterapia simultáneas mediante esquemas con Platino. La decisión para utilizar esta combinación se tomará de acuerdo a las características de cada caso.

10.1.6 Los estadios II no considerados en el inciso previo y los III y IVa, se tratan con radioterapia. La decisión para utilizar la combinación simultánea, se tomará de acuerdo a las características de cada caso. En presencia de fístulas se realizará cirugía derivativa, previa a la radioterapia.

10.1.7 El estadio IVb se trata individualmente de acuerdo a las manifestaciones predominantes de cada paciente.

10.2 El cáncer cérvico uterino recurrente a cirugía se trata con radioterapia.

10.2.1 El cáncer cérvico uterino persistente recurrente a radioterapia con tumor limitado a la pelvis, será considerado para cirugía de rescate (excenteraciones pélvicas)

10.2.2 Neoplasias no controladas con los procedimientos terapéuticos convencionales, serán consideradas individualmente para manejo paliativo.

11. Sistema de vigilancia epidemiológica

11.1 El sistema para la vigilancia epidemiológica de cáncer cérvico uterino establece la búsqueda intencionada de los casos sujetos a estudio (casos y defunciones), en los establecimientos de prestación de servicios de atención médica.

11.2 Requieren ser objeto de estudio epidemiológico los casos probables y confirmados de lesiones intraepiteliales de bajo y alto grado, así como los de cáncer microinvasor, invasor, adenocarcinoma y tumor maligno no especificado.

11.3 El personal de salud responsable de cada área, llenará los siguientes formatos: Solicitud y Reporte de Resultados de Citología, Seguimiento de Casos, Reporte Mensual de Detecciones de Cáncer Cérvico Uterino y Reporte de Colposcopia y de Histopatología, en todas las instituciones de salud.

11.4 El virus de papiloma humano (VPH) es un importante factor de riesgo en el cáncer cérvico uterino y su vigilancia epidemiológica se hará por medio del registro de la presencia del microorganismo en los estudios citológicos e histológicos.

11.5 El personal de salud deberá realizar el registro de los casos de LIBG, LIAG y cáncer microinvasor e invasor.

11.6 Cada institución deberá nombrar a una persona, quien deberá ser la responsable de reportar a la autoridad sanitaria la información (registro nominal) de los casos de cáncer cérvico uterino, generada en las diferentes áreas de atención de conformidad con los mecanismos establecidos para cada institución en el CONAVE y en los sistemas de información vigentes.

11.7 El informe de seguimiento de los casos (lesiones intraepiteliales de alto y bajo grado, cáncer microinvasor e invasor) se llevará a cabo en forma trimestral, bajo los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994.

11.8 La autoridad sanitaria a través del Responsable Estatal y Jurisdiccional, es el responsable de revisar como mínimo el 50% de los certificados de defunción que indiquen como causa básica o asociada al cáncer cérvico uterino, y enviará la información al nivel estatal, y éste al nivel nacional.

11.8.1 El Personal Responsable de la Unidad Médica (o alguna persona asignada) realizará las autopsias verbales del 50% como mínimo, de las defunciones debidas al cáncer cérvico uterino, ya fuera como causa básica o asociada.

12. Perfil del personal operativo de salud

12.1 Para la formación del personal de salud del Programa de Cáncer Cérvico Uterino, se tomará en cuenta el perfil de riesgo de la población, (índices de mortalidad, morbilidad y de positividad de resultados de citología) así como sus características y responsabilidad.

12.2 El grupo interinstitucional deberá desarrollar el plan único de capacitación y actualización para citotecnólogos, médicos citopatólogos y colposcopistas, conforme a los lineamientos del Programa de Cáncer Cérvico Uterino.

12.3 Para la formación de citotecnólogos, médicos citopatólogos y médicos colposcopistas en las Instituciones de Salud, se deberá aplicar el Programa único, elaborado por el Grupo Interinstitucional.

12.4 En el nivel estatal y jurisdiccional y de las instituciones de salud se deben efectuar las acciones de capacitación derivadas de los programas nacionales, así como la adecuación para su ámbito de acción.

13. Control de calidad

13.1 Para garantizar la calidad de la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica, se deben considerar todas las etapas de los procesos.

13.2 Cada citotecnólogo debe interpretar como mínimo 8400 citologías anuales, con el objeto de garantizar la correcta interpretación de los resultados.

13.3 Para evaluar la calidad de un laboratorio de patología se deben considerar todas las etapas del proceso. Para la elaboración de un reporte anatomopatológico, los resultados de la evaluación deberán estar debidamente registrados en la bitácora correspondiente.

13.4 Para realizar un control de calidad adecuado, se establecen dos mecanismos:

-Control Interno

-Control Externo

13.5 Los procedimientos para el control de calidad interno y externo serán homogéneos en todas las instituciones del Sector Público.

13.6 El control de calidad interno debe ser aleatorio, sistemático y homogéneo; en este control se debe incluir la toma de muestras, la correlación histológica y el monitoreo del personal técnico.

13.7 Cada laboratorio deberá aplicar en forma regular el control de calidad interno, mediante el cual el patólogo o citólogo revisará todos los días el 100% de las muestras positivas, atípicas y dudosas de manera conjunta con el citotecnólogo que las leyó. Además, un citotecnólogo con más experiencia deberá hacer una revisión aleatoria de laminillas negativas.

13.8 En todos los resultados citológicos con LIAG y cáncer se hará correlación cito-histológica

13.9 Cada laboratorio llevará un registro de productividad individual del desempeño por cada citotecnólogo, basado en una producción mínima de 40 laminillas por día, si carece de apoyo de técnico en tinción y de 56 laminillas si tiene apoyo del técnico en tinción.

13.10 El resultado del estudio citológico debe ser entregado por el laboratorio en un plazo de no mayor a 10 días después de haber sido recibido.

13.11 Respecto de las instituciones públicas, el Comité Externo de Evaluación (en el que se incluyen a un grupo de expertos de diferentes entidades académicas o grupos colegiados), se encargará de la vigilancia y control de calidad externo del laboratorio.

13.12 En cada institución se realizarán visitas periódicas de supervisión a través de un grupo de expertos, quienes verificarán el desarrollo y control interno de calidad del laboratorio y asesorarán al personal.

13.13 El control de calidad externo por el diagnóstico citológico, que se realiza en los laboratorios, incluirá la revisión de series de laminillas representativas de la patología y de los problemas técnicos.

13.14 Cada citotecnólogo, patólogo y citopatólogo que se identifique con ineficiencia en su desempeño, deberá ser capacitado, requiriendo aprobación para su reincorporación al laboratorio.

13.15 El personal que toma las muestras para el estudio citológico y que se identifique con ineficiencia en dicho procedimiento, deberá ser capacitado nuevamente.

13.16 Para establecer un adecuado control de calidad, cada clínica de displasias debe atender un promedio mínimo de 20 pacientes por día, considerando pacientes de primera vez, subsecuentes y tratamientos.

13.17 Una clínica de colposcopia, debe ser dirigida por un médico especialista gineco-obstetra o cirujano oncólogo, con curso de capacitación en colposcopia no menor de seis meses, en una clínica de colposcopia o en otras instituciones de enseñanza superior o de salud reconocidas oficialmente.

13.18 Para el control de calidad en las clínicas de colposcopia se integrará un grupo nacional e interinstitucional de expertos, conforme a las disposiciones aplicables, que cuenten con la capacitación y certificación adecuadas, para aplicar el control de calidad con criterios uniformes.

13.19 Cada clínica de colposcopia deberá contar con la correlación citológica, colposcópica e histopatológica del 100% de los casos recibidos con diagnóstico de LIBG, LIAG y cáncer.

13.20 Es necesario el registro del seguimiento de todos los casos recibidos, colposcopias y biopsias realizadas y tratamiento instituidos.

13.21 Los especímenes, conos, biopsias y piezas quirúrgicas, deberán entregarse en un lapso no mayor a 15 días.

13.22 Se deben registrar el número de lesiones residuales y de cáncer invasor que se presenten después de tratamiento conservador.

13.23 Para evaluar la calidad de un centro oncológico se deben considerar todas las etapas del proceso para la atención y seguimiento de las pacientes. Los resultados de la evaluación deberán estar debidamente registrados en la bitácora correspondiente.

14. Evaluación

14.1 Las acciones del programa se evaluarán con base en indicadores de proceso, resultado e impacto señalados en el Programa de Cáncer Cérvico Uterino vigente.

14.2 Indicador de Proceso, evalúa los siguientes aspectos: calidad de las muestras; productividad del laboratorio de citología, de patología y de las clínicas de colposcopia; oportunidad en la entrega de resultados a la usuaria (máximo 30 días) y oportunidad en el envío de la información.

14.3 Indicador de Resultado: evalúa la cobertura de detección de primera vez, la proporción de mujeres con estudios citológicos anormales (LIBG, LIAG y Cáncer), la proporción de estudios confirmados por histopatología, y la proporción de procedimientos para tratamiento según los casos (LIAG o Cáncer)

14.4 Indicador de Impacto: evalúa la disminución o incremento de la mortalidad por cáncer cérvico uterino en un grupo de edad determinado.

14.5 Concordancia del diagnóstico citológico y colposcópico de la lesión, con el resultado histopatológico.

14.6 Seguimiento oportuno de mujeres con diagnóstico histopatológico de LIAG o cáncer, que recibieron tratamiento antes de los 30 días.

14.7 Las acciones del programa serán evaluadas anualmente por las instituciones de salud de los sectores público, social y privado en el seno del grupo interinstitucional correspondiente.

14.8 Para la evaluación de esta actividad se tomará la información registrada en el Sistema de Información de Cáncer en la Mujer (SICAM-Procacu)

14.9 La evaluación del programa de Cáncer Cérvico Uterino será responsabilidad de la Secretaría de Salud, a través de la instancia correspondiente, en coordinación con las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud.

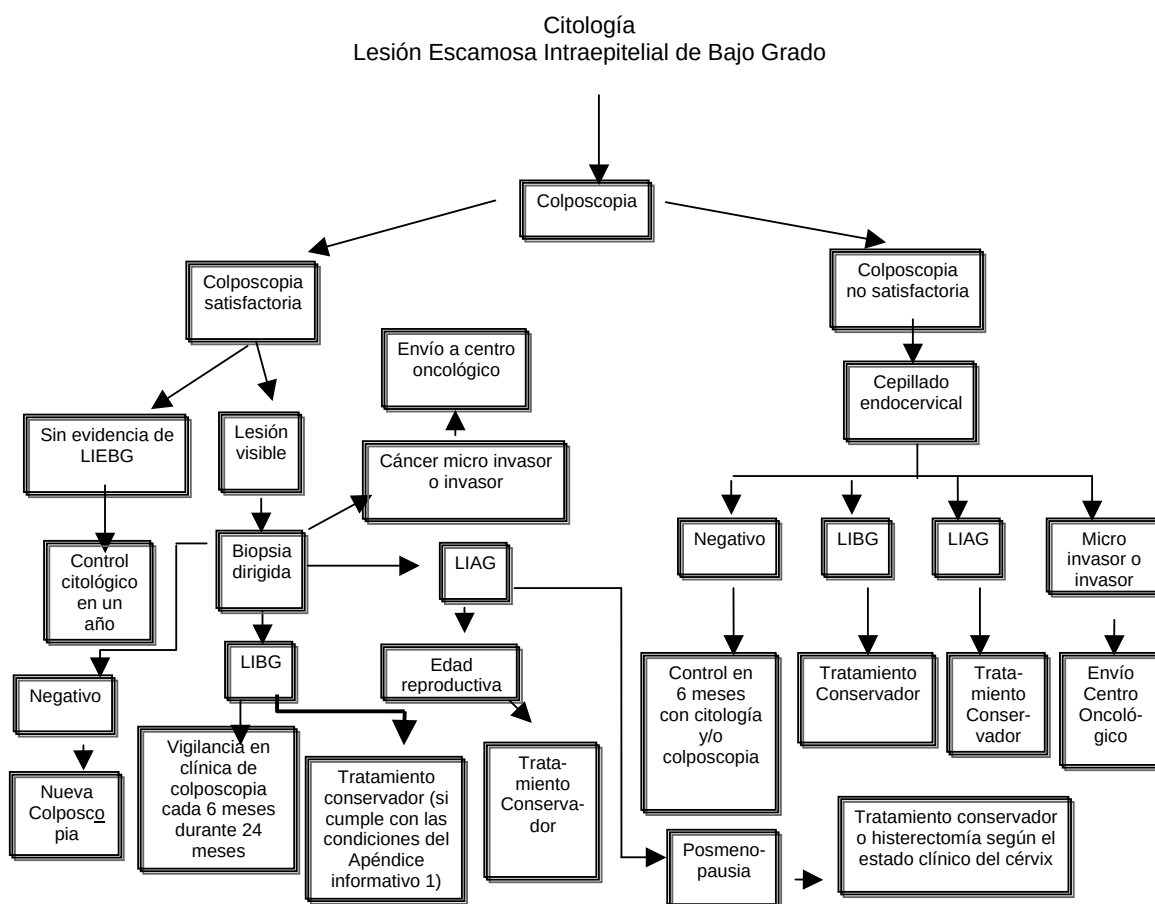
15. Apéndices

APENDICE 1

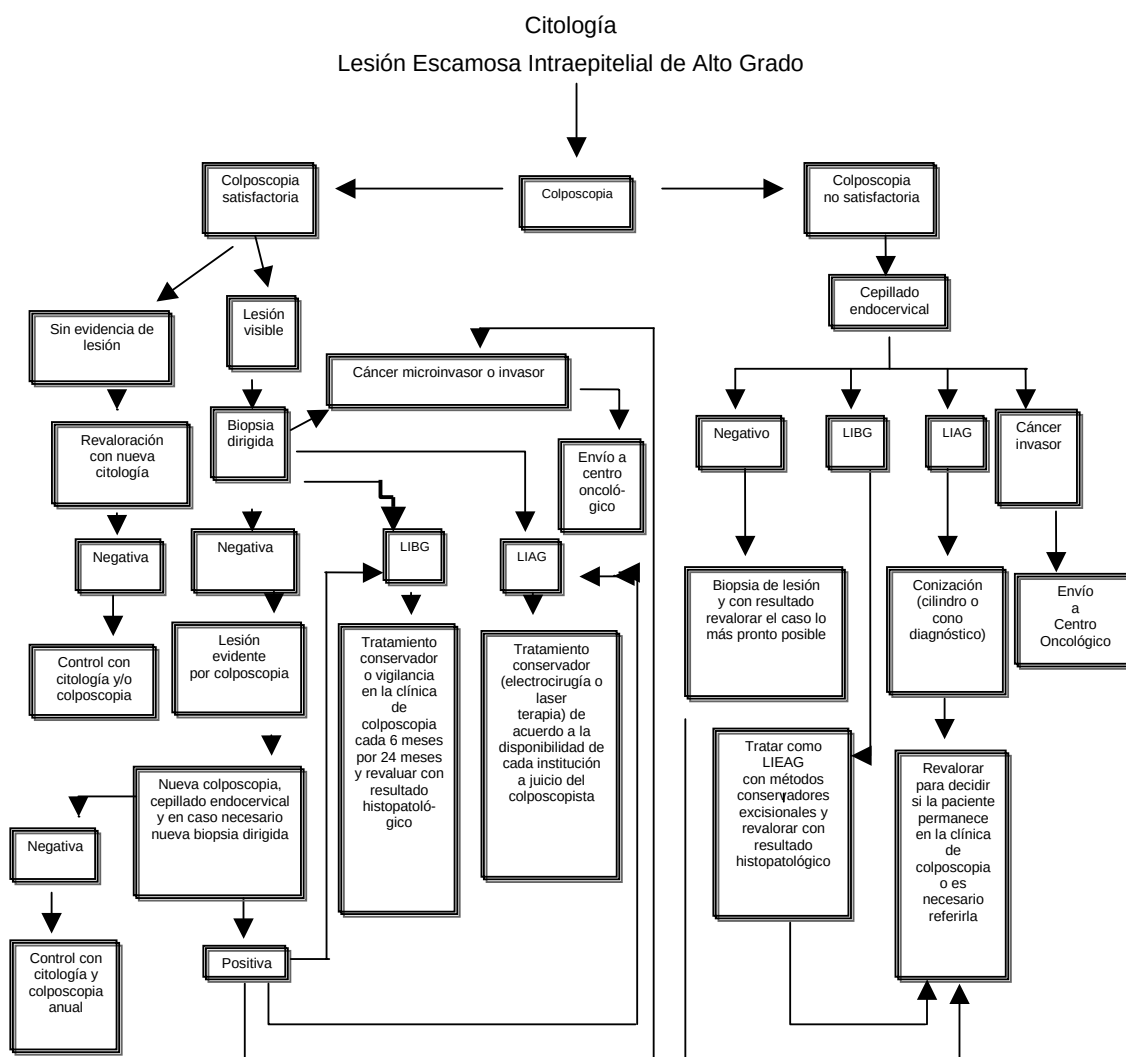
Casos en los que las pacientes con diagnóstico histopatológico de LIBG se someterán a tratamiento conservador (criocirugía, electrocirugía, laserterapia)

- Edad de 30 años o más
- Altas posibilidades de deserción durante el seguimiento y vigilancia
- Persistencia de LIBG por más de 24 meses
- Pacientes que prefieren el tratamiento a la vigilancia
- Eventualmente, que se demuestre por pruebas de biología molecular que el virus responsable de la LIBG es oncogénico.

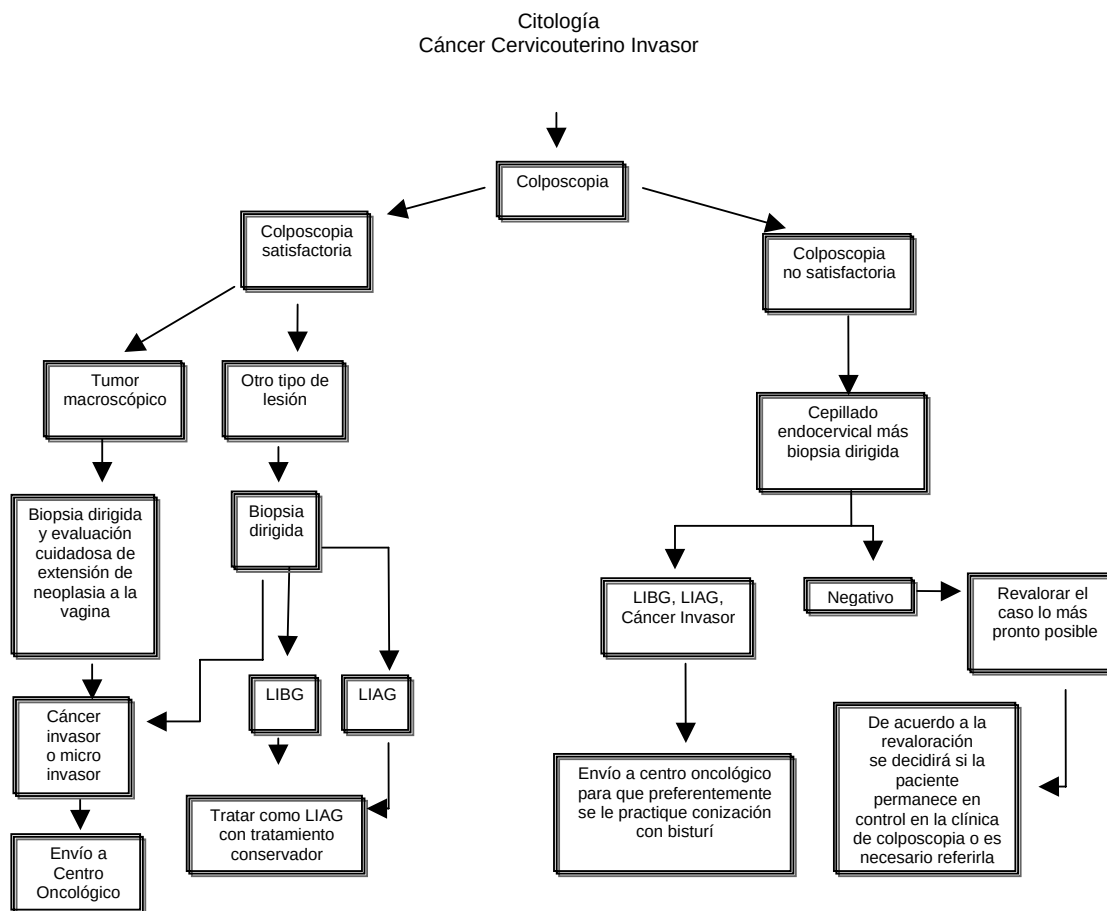
APENDICE NORMATIVO A



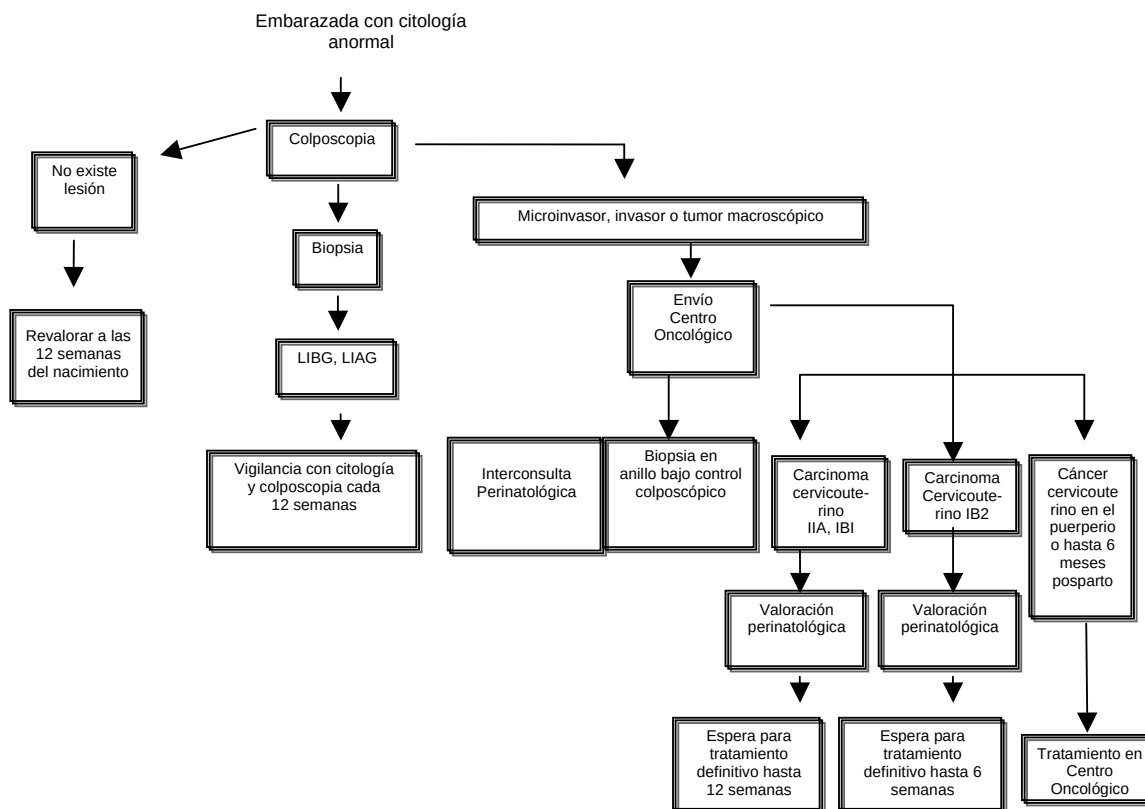
APENDICE NORMATIVO B



APENDICE NORMATIVO C



APENDICE NORMATIVO D



16. Concordancia con normas o recomendaciones internacionales y normas mexicanas

Esta Norma es equivalente a la norma establecida en el Programa de Detección del Cáncer Cérvico Uterino de la Organización Mundial de la Salud 1993, así como con las recomendaciones del Manual de Normas y Procedimientos de la Organización Panamericana de la Salud, 1993.

17. Bibliografía

17.1 Alex Ferenczy and Eduardo Franco. Cervical-cancer screening beyond the year 2000. The Lancet Oncol. 2001 Jan; 2: 27-32.

17.2 Bergeron C. The 2001 Bethesda System. Salud Publica Mex 2003; 45 suppl 3: S340-S344.

17.3 Binham A, Bishop A, Coffey P, Winkler J, Bradley J, Dzuba I and et al. Factors affecting utilization of cervical cancer prevention services in low-resource settings. Salud Publica Mex. 2003; 45 suppl 3: S408-S416.

17.4 Box FX. Epidemiology of human papillomavirus infections: New options for cervical cancer prevention. Salud Publica Mex. 2003; 45 suppl 3: S326-S339.

17.5 Cha D, Khosrotehrani K, Kim Y, Stroh H, Bianchi DW, Johnson KL. Cervical cancer and microchimerism. Obstet Gynecol. 2003 Oct; 102(4):774-81.

17.6 Charkviani L, Charkviani T, Natenadze N, Tsitsishvili Z. Cervical carcinoma and pregnancy. Clin Exp Obstet Gynecol. 2003; 30 (1):19-22.

17.7 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15 de mayo de 2002.

17.8 Crum, CP. The beginning of the end for cervical cancer? N Engl J Med. 2002 Nov 21; 347(21):1703-5.

17.9 Cuzick J, Szarewski A, Cubie H, Hulman G, Kitchener H, Luesley D, and et al. Management of women who test positive for high-risk types of human papillomavirus: the HARTstudy. Lancet. 2003 Dec 6;362(9399):1866-7.

17.10 Ervin Adam, Zuzana Berkova, Zuzana Daxnerova, Joseph Icenogle, William C. Reeves, and Raymond H Kaufman. Papillomavirus detection: Demographic and behavioral characteristics influencing the identification of cervical disease. Am J Obstet Gynecol. 2000 Feb, 182 (2): 257-264.

17.11 FIGO Committee on Gynecologic Oncology and IGCS Guidelines Committee. Staging classifications and clinical practice guidelines of gynecologic cancers. Second Edition, Nov 2003.

17.12 Guiliano A. Cervical carcinogenesis: The role of co-factors and generation of reactive oxygen species. Salud Publica Mex. 2003; 45 suppl 3: S354-S360.

17.13 Ley General de Salud, 18 de noviembre de 2004.

17.14 Nguyen C, Montz FJ, Bristow RE. Management of stage I cervical cancer in pregnancy. Obstet GynecolSurv. 2000 Oct; 55(10):633-43.

17.15 Organización Panamericana de la Salud. Programa para una tecnología Apropriada en Salud. Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer uterino. 3a. Edición, 2002, 1-39.

17.16 Philip E. Castle, Sholom Wacholder, Mark E. Sherman, Attila T. Lorincz, Anderew G. Glass, David R Scott and et al. Absolute Risk of Subsecuente Abnormal Pap among Oncogenic Human Papillomavirus DNA-Positive, Cytologically Negative Women. Cancer. 2002 Nov 15, 95 (10): 2145-2151.

17.17 P. Walker, S. Dexeus, G. De Palo, R. Barrasso, M. Campion, F. Girardi and et al. International Terminology of Colposcopy: An Updated Report From the International Federation for Cervical Patology and Colposcopy. Obstetrics and Gynecology. 2003 Jan; 101(1): 175-179.

17.18 Sankaranarayanan R, Nene BM, Dinshaw K, Rajkumar R, Shastri S, Wesley R and et al. Early detection of cervical cancer with visual inspection methods: A summary of completed and on-going studies in India. Salud Publica Mex. 2003; 45 suppl 3: S399-S407.

17.19 Thomas C. Wright Jr, Mark Schiffman, Diane Solomon, J. Thomas Cox, Francisco García, Sue Goldie and et al. Interim Guidance for the Use of Human Papillomavirus DNA Testing as an Adjunct to Cervical Cytology for Screening. Obstet Gynecol. 2004 Feb, 103(2): 304-309.

17.20 Trimble LE, Liu Trimble C, Cancer Obsterics and gynecology, Lippincott Williams & Wilkins, 1999, p.157-176. Capitol Cervical Cancer in Pregnancy.

17.21 Wright TC Jr, Cox JT, Massad LS, Carlson J, Twiggs LB, Wilkinson EJ. 2001 consensus guidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasia. Journal of Lower Genital Tract Disease. 2003; 7(3): 154-167.

18. Observancia de la norma

La vigilancia de la aplicación de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia.

19. Vigencia

La presente Norma entrará en vigor al día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

México, Distrito Federal, a los tres días del mes de abril de dos mil seis.- El Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, **Roberto Tapia Conyer**.- Rúbrica.