



# MANUAL DE CONSEJERÍA EN CÁNCER CÉRVICO UTERINO

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO

SECRETARÍA  
DE SALUD

**SALUD**



## MANUAL DE CONSEJERÍA EN CÁNCER CÉRVICO UTERINO

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO

SECRETARÍA  
DE SALUD

**SALUD**

## **Manual de Consejería en Cáncer Cérvico Uterino**

Primera edición: 2007

D.R. Secretaría de Salud  
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva  
Homero 213, piso 7  
Colonia Chapultepec Morales  
Delegación Miguel Hidalgo C.P. 11570  
México, D.F.

Impreso y hecho en México  
*Printed and made in México*

Se imprimieron 15,000 ejemplares  
Se terminó de imprimir en diciembre de 2007

**ISBN 978-970-721-462-0**

Esta publicación fue elaborada por:  
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Diseño gráfico e impresión: arte i diseño, Oliver Gantner

### **Comité Directivo del proceso de Certificación Internacional:**

#### **Coordinación Técnica**

Dr. Raquel Espinosa Romero  
Subdirectora de Cáncer Cérvico Uterino

#### **Grupo Técnico**

Dra. Raquel Espinosa Romero, T.S. Ma. Teresa Rodríguez Ortega, Lic. María Isabel Moreno Hernández, Dr. Jacobo Flores Landeros, Dr. Gerardo Vite Patiño.

Citación Sugerida: Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Programa Cáncer Cérvico Uterino, Manual de Consejería en Cáncer Cérvico Uterino. México, D.F. SS-CNEGySR, 2007.

Cualquier parte de este documento o su totalidad, podrá reproducirse sin permiso de la Secretaría de Salud, siempre y cuando se reconozca y cite la fuente; y la información no sea utilizada con fines de lucro. Se agradecerán los comentarios y sugerencias de las y los lectores. Este documento se distribuye de forma gratuita y para fines exclusivos de capacitación del personal de salud.

Agradecemos a la Asociación Mexicana de Lucha Contra el Cáncer el financiamiento para la revisión técnica del presente documento.

## SECRETARÍA DE SALUD

**Dr. José Ángel Córdova Villalobos**

Secretario de Salud

**Dr. Mauricio Hernández Ávila**

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

**Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez**

Subsecretaria de Innovación y Calidad

**Lic. María Eugenia de León-May**

Subsecretaria de Administración y Finanzas

**Dr. Julio Sotelo Morales**

Comisionado de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

**Lic. Jorge Camarena García**

Titular del Órgano Interno de Control

**Lic. Ignacio Ibarra Espinosa**

Director General de Asuntos Jurídicos

**Lic. Carlos Olmos Tomasini**

Director General de Comunicación Social

**Dra. Patricia Uribe Zúñiga**

Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

**Dra. Aurora del Río Zolezzi**

Directora General Adjunta de Equidad de Género

**Dra. Prudencia Cerón Mireles**

Directora General Adjunta de Salud Reproductiva

**Dr. Cuitláhuac Ruiz Matus**

Director General Adjunto de Salud Materna y Perinatal

## **DIRECTORIO DEL CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA**

**Dra. Patricia Uribe Zúñiga**

Directora General

**Dra. Prudencia Cerón Mireles**

Directora General Adjunta de Salud Reproductiva

**Dra. Olga Georgina Martínez Montañez**

Directora de Cáncer de la Mujer

**Dra. Raquel Espinosa Romero**

Subdirectora de Cáncer Cérvico Uterino

**Dr. Arturo Vega Saldaña**

Subdirector de Cáncer Mamario

**Lic. Ulices Pego Pratt**

Coordinador de Comunicación Social del CNEGySR

## **COORDINACIÓN TÉCNICA**

**Dr. Raquel Espinosa Romero**

Subdirectora de Cáncer Cérvico Uterino

## **GRUPO TÉCNICO**

**Dra. Raquel Espinosa Romero**

**T.S. Ma. Teresa Rodríguez Ortega**

**Lic. María Isabel Moreno Hernández**

**Dr. Jacobo Flores Landeros**

**Dr. Gerardo Vite Patiño**

# ÍNDICE

<b>1. Antecedentes</b> .....	<b>7</b>
<b>2. Introducción</b> .....	<b>9</b>
<b>3. La Consejería en el Programa de Cáncer Cérvico Uterino</b> .....	<b>11</b>
Objetivos de la Consejería	12
Principios y Valores de la Consejería	13
Entrevista de Consejería	14
Perfil del Consejero	21
<b>4. Anatomía y Fisiología de los Órganos Genitales Femeninos</b> .....	<b>29</b>
<b>5. Historia Natural de la Enfermedad</b> .....	<b>35</b>
<b>6. Virus del Papiloma Humano</b> .....	<b>41</b>
<b>7. Toma de la Muestra Citológica</b> .....	<b>43</b>
<b>8. Prueba de Captura de Híbridos</b> .....	<b>47</b>
<b>9. Clínica de Colposcopia</b> .....	<b>51</b>
<b>10. Bibliografía</b> .....	<b>53</b>



## ANTECEDENTES

Con el surgimiento del programa de planificación familiar, las acciones que apoyaron y apoyan su divulgación a la población **son la información, la educación y la promoción**, actividades desarrolladas por el personal médico y paramédico tanto del primero como del segundo nivel de atención. Esta información que se proporciona es de manera generalizada y su clasificación ó selección es bajo el criterio de la institución y del prestador de servicios.

A estas acciones de difusión del programa, se incorpora la **Consejería**, a la que algunas Instituciones le llaman orientación y otras asesorías. Actividad con un enfoque personalizado, neutral, objetivo y que parte de las necesidades de la población. Tuvo su origen en los trabajos realizados por el personal y la Agencia para la promoción de la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AVSC) y la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF).

México en 1986, a iniciativa de la Secretaría de Salud, a la que se sumaron el IMSS y el ISSSTE, retoma esta práctica y la aplica en su programa de planificación familiar. La importancia de promover la **Consejería** en ese momento radicaba en asegurar y garantizar que toda persona que se sometiera a la anticoncepción quirúrgica lo hiciera de manera voluntaria y estuviera consciente de la trascendencia de su decisión y que pudiera valorar si realmente el método anticonceptivo que estaba eligiendo satisfacía las necesidades e inquietudes relacionadas con su fecundidad y dimensionara el carácter definitivo del método elegido, fuera éste la oclusión tubaria bilateral o la vasectomía.

Con base en las experiencias vividas, se reconoce que la **Consejería** es la mejor opción para tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de la vida sexual y reproductiva. Es por ello, que en 1991 se aprecia la necesidad de aplicarla a todo método anticonceptivo con el fin de garantizar el uso correcto y satisfactorio de aquel que se eligiera, fuera éste temporal o definitivo. Por ello en 1993 se incluye dentro de la Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar como una acción de gran relevancia; y a partir de 1995 se extiende a las actividades del Programa de VIH/SIDA.

México se convierte así en un Modelo que inclusive se discute y extiende a iniciativa del Parlamento Latinoamericano a toda la región y se realizan intercambios de entrenamiento y capacitación con todos los países del continente americano.

A lo largo del tiempo, esta acción se ha convertido en un componente fundamental en la prestación de los servicios de salud, con un fin específico, el de mejorar la calidad de la atención de los mismos. De tal manera, que en la actualidad sigue siendo una actividad trascendente para muchas acciones de salud. Tal es el caso

del Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino, que a partir del año 2000 incluye a la Consejería como estrategia indispensable en la Norma Oficial Mexicana correspondiente, que busca, facilitar la toma de decisiones voluntarias e informadas. Permite aclarar dudas, diluir los mitos y las ideas erróneas y por ende, disminuir la ansiedad y la ambivalencia que se genera en las usuarias que reciben el diagnóstico de alguna lesión intraepitelial o de cáncer cérvico uterino. Considerando que éste se ha convertido en la segunda causa de mortalidad en la población femenina, a pesar de ser prevenible, sigue siendo un grave problema de salud pública que requiere redoblar los esfuerzos y retomar con nuevos bríos la **Consejería**, e impulsarla como la base primordial para la prestación de servicios de prevención y atención del cáncer cérvico uterino. La Consejería es también una respuesta a las necesidades de comunicación de las usuarias del programa, por lo que el personal operativo requiere actualizarse y compete a los directivos impulsarla.

La **Consejería** es la base toral para la prestación de los servicios de salud y es una acción fundamental a través de la cual se promueve una atención de calidad y con calidez. Es un proceso que comienza con la detección de las necesidades de la población usuaria y se plantea como meta, el facilitar la toma de decisiones certeras, el proceso de aceptación, el manejo del problema y al mismo tiempo estimular la prevención del mismo.

**El presente manual de CONSEJERÍA, tiene como propósito otorgar elementos básicos al personal operativo para una atención más personalizada y garantizar que las mujeres reciban información clara y amplia de los procedimientos que se realizan durante la toma del Papanicolaou, en la notificación de resultados y en el tratamiento correspondiente, en caso de presentar una lesión intraepitelial o un cáncer cérvico uterino. Esto conducirá hacia la libre decisión y asegurará el consentimiento informado. Cabe subrayar, que el descubrir y atender las necesidades de las usuarias, facilita al personal de salud dar respuesta a sus dudas e inquietudes y favorecerá la comunicación entre ambos, otorgando así la atención con calidad a la que tienen derecho todas las mexicanas y sus familiares.**



# INTRODUCCIÓN

Con la inclusión de la **Consejería** y el impulso a la formación de consejeros, se pretende fortalecer las acciones ante el grave problema de salud pública que es el cáncer cérvico uterino y darnos cuenta de que es prevenible y curable en ciertas etapas de progresión. Es por ello que se plantean las siguientes preguntas: ¿porqué las mujeres no se acercan a los servicios de salud?, y las que acuden a realizarse su Papanicolaou y presentan alguna lesión ¿porqué no asisten para su atención? Es necesario comprender que la mujer enfrenta una serie de sentimientos complejos y dolorosos que la llevan al temor, al coraje, a la culpa, a la negación, entre muchos otros.

La **Consejería** intenta, a través de su ejercicio, dar respuesta a estas interrogantes y facilitar el acercamiento de las usuarias a los servicios de salud que se pretende convertir en espacios cálidos al tender puentes sólidos entre las diversas instancias de la red de atención y la usuaria. Por ello ha de considerarse como una estrategia psicosocial reconocida ampliamente, como un componente fundamental en la prevención y control de esta enfermedad y como un elemento que en general facilite la toma de decisiones responsables e informadas.

## DEFINICIÓN

**La Consejería proviene de la palabra “counseling”, que se traduce al español como “consejería”, pero No con el significado estricto de dar consejos, sino de orientar, acompañar a las personas con alguna situación crítica, para facilitar el proceso de decisión de la usuaria.**

Es un proceso de comunicación que involucra a dos personas activamente y considera sus actitudes, sus sentimientos, sus creencias, sus valores y conflictos relacionados con la salud reproductiva, la salud sexual y prevención de las infecciones de transmisión sexual incluyendo el VPH y el cáncer cérvico uterino.

*“La consejería en cáncer cérvico uterino debe incluir un proceso de análisis y comunicación personal, entre los prestadores de servicios y las usuarias potenciales y aquellas que cursan con alguna lesión intra-epitelial, mediante el cual se brinde a las mujeres información veraz y científicamente comprobada para que puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer cérvico uterino.”<sup>1</sup>*

1. SSA: Resolución a la modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar, 21 de enero de 2004. Definición adaptada.

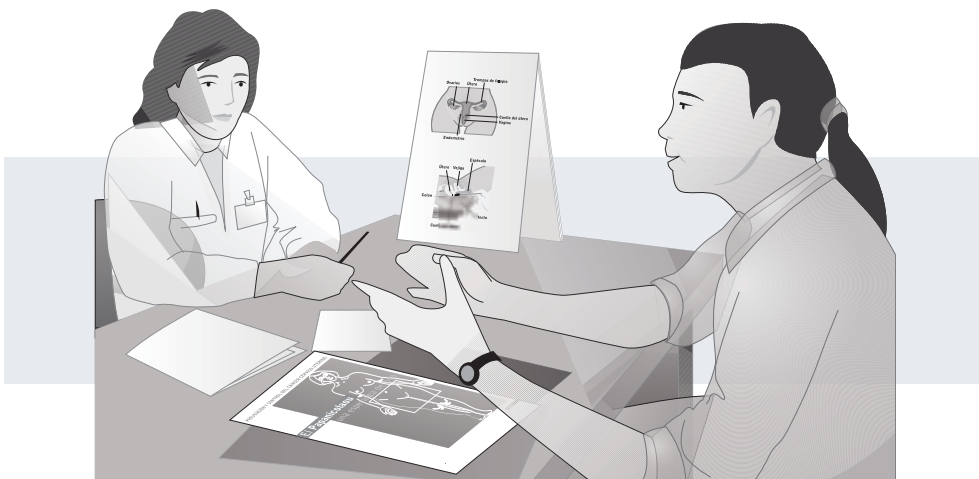
# LA CONSEJERÍA EN EL PROGRAMA DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO



De manera particular, en el Programa de Cáncer Cérvico Uterino la **Consejería** cobra especial importancia para abordar los aspectos relacionados con la atención integral de la salud de la mujer, -incluidos los asociados a su sexualidad-, entre los, que se considera la forma de facilitar el examen de Papanicolaou, la colposcopia y en caso necesario asegurar el tratamiento, control y seguimiento de alguna lesión relacionada con este cáncer de la mujer.

La **Consejería** se requiere para:

- ▶ Aquellas mujeres que jamás se han realizado la prueba del Papanicolaou.
- ▶ Las mujeres que son candidatas a la prueba para la captura de híbridos
- ▶ Las mujeres que presentaron infección por virus de papiloma humano, alguna lesión **intraepitelial** o cáncer cérvico uterino.
- ▶ Las usuarias atendidas en clínicas de colposcopia, a quienes se les practicó algún tratamiento y nunca se le explicó el procedimiento.
- ▶ Las mujeres que presentaron alguna lesión por diagnóstico citológico y que en el diagnóstico colposcópico no presentaron ninguna lesión.
- ▶ Aquellas mujeres con citologías anuales negativas y que presentan alguna lesión intraepitelial o cáncer cérvico uterino.
- ▶ Cuando se realice visita a la mujer en su domicilio para notificación de alguna información o resultado.
- ▶ Cuando se efectuó la visita domiciliaria para reconquista de mujeres que no acuden a la clínica de colposcopia o al centro oncológico para su tratamiento.
- ▶ Las mujeres candidatas a histerectomía.



## OBJETIVOS DE LA CONSEJERÍA

Dadas las características del Programa de Cáncer Cérvico Uterino y sus necesidades tanto institucionales como de la población femenina a la que se dirige, los objetivos de la **Consejería** son:

- **Orientar de manera precisa, completa y objetiva, reemplazando las ideas erróneas** por aquellas válidas sobre el autocuidado, la detección, el tratamiento y el control del cáncer cérvico uterino, asumiendo la importancia de que la población femenina conozca con exactitud los factores de riesgo. Es importante plantear claramente los beneficios de la detección oportuna y hacer énfasis en la efectividad y limitaciones del tratamiento, así como el pronóstico de la enfermedad con base en la particularidad del caso y las características individuales de cada mujer.



- ▶ **Acompañar en el análisis de las razones para aceptar el tratamiento** en caso necesario con el fin de valorar conjuntamente los beneficios de apegarse a las recomendaciones y la pertinencia de la continuidad en cada una de ellas.
- ▶ **Facilitar la reducción de la angustia y temor** inherentes al problema que enfrenta la mujer tanto para la realización del Papanicolaou o de la colposcopia así como del tratamiento, en aquellos casos donde se detecte alguna lesión intraepitelial o cáncer invasor. De igual manera deberá proporcionarse información clara y precisa acerca de los tratamientos conservadores como la electrocirugía y la criocirugía, entre otros, con el fin de evitar el rechazo por temor, o más aún el abandono del tratamiento, ya que dicha conducta dificulta el control del padecimiento.
- ▶ **Asegurar la decisión libre, responsable e informada de la mujer** a través no sólo del suministro y garantía de la información objetiva y detallada, sino del acompañamiento respetuoso del proceso que conduzca a la aceptación consciente y voluntaria de todos y cada uno de los procedimientos en estricto apego a la normatividad vigente.

**RECUERDA: El cumplimiento de estos objetivos, conduce a elevar la calidad de atención en la prestación de los servicios preventivos y curativos, y ante todo favorece la toma de decisiones voluntarias, conscientes e informadas de cada una de las mujeres a quienes se dirige el programa.**

## PRINCIPIOS Y VALORES DE LA CONSEJERÍA

Los principios y valores básicos son herramientas que persiguen garantizar la calidad en la atención a toda mujer que se acerca a los servicios de salud y debe profesarlos toda persona que ejerza la **Consejería**.

- ▶ **Respeto.** Reconocimiento de la individualidad de cada mujer considerando sus características personales.
  - El respeto debe brindarse a toda mujer independientemente de sus necesidades de información y orientación.
  - El respeto permite:
    - Reconocer que cada persona tiene el derecho de expresar sus emociones y sentimientos, sin ser juzgada o criticada.
    - Reconocer que cada persona tiene el derecho y la necesidad de elegir y tomar sus propias decisiones y elecciones.
    - Reconocer que cada persona debe decidir en forma libre, sin coerción, ni manipulación alguna.
- ▶ **Imparcialidad.** Neutralidad e interés en ayudar sin incidir ni influir en las decisiones de la usuaria con opiniones propias del consejero. No involucrarse en el caso y mantener una actitud objetiva reconociendo sus limitaciones.

- ▶ **Veracidad.** Derecho a recibir información clara, completa y veraz, que permita esclarecer dudas, mitos y temores, asumiendo las necesidades de cada usuaria.
- ▶ **Privacidad.** Derecho a la intimidad y al respeto de la individualidad que exige una atmósfera adecuada y un espacio seguro y aislado que fomente la comunicación interpersonal de temas tan complejos como la sexualidad para estimular un ambiente de confianza y libertad.
- ▶ **Confidencialidad.** Crear condiciones apropiadas para la expresión con libertad y sin temor, que asegure la discreción absoluta sobre el contenido de la entrevista. Crear un clima adecuado, manejar la información sin prejuicios y sin confrontarla ni comunicarla fuera del espacio de la entrevista.
- ▶ **Voluntariedad.** Es el resultado del proceso de la orientación y consejería que favorece y estimula el potencial de autodeterminación de la mujer y exige el respeto total para su libre decisión.

Todos estos principios y valores han de ser profesados y ejercidos por los consejeros y reconocidos por la población usuaria.

La **Consejería** no debe efectuarse bajo situaciones de presión emocional.

La herramienta ideal para la **Consejería** es la entrevista.

## ENTREVISTA DE CONSEJERÍA

La entrevista como tal, es un medio de trabajo que permite establecer una relación profesional, un vínculo interpersonal entre dos o más personas, siendo lo que diferencia su uso, el modo y la intencionalidad con que se practica. Es un proceso que incorpora al entrevistador y al entrevistado en un continuo, en el que ambos trabajan en torno a una situación para lograr un objetivo. No solo define claramente las dificultades, sino también descubre los elementos que pueden llegar a ser un obstáculo o ayudar en el tratamiento.

La entrevista parte de cuatro recomendaciones:

1. Es una conversación clara y paciente
2. Buscar un buen entendimiento mutuo
3. Consigue indicios y, facilita la comprensión y cooperación
4. Fomenta el desarrollo de la autoayuda y de la confianza en sí mismo

**Un elemento esencial de la Consejería es el diálogo, lo que permite que sea un encuentro entre el entrevistador y el entrevistado, mediatizados por una situación concreta como el caso del cáncer cérvico uterino. La diferencia entre ambos es sólo la percepción diferente de la realidad. La comunicación es efectiva en la medida en que el consejero modifica su mensaje con relación al entrevistado y la situación, identificándose con ellos.**

En el proceso de comunicación, el lenguaje oral se manifiesta en la voz que tiene como características: tono, velocidad, volumen, entonación y dicción, mismas que pueden ser educadas y modificadas con entrenamiento.

La entrevista mejor lograda es aquella que fundamentalmente escucha y a partir de esa escucha se establece el dialogo que revela la identidad cultural de quienes intervienen en el proceso de la comunicación.

Regularmente va acompañado del lenguaje no verbal que confirma o niega lo que se dice y es muy poderoso, y a veces más fuerte que el lenguaje oral.

**La Consejería en el Programa de Cáncer Cérvico Uterino, con apoyo de la entrevista, cumple su objetivo cuando la usuaria ha logrado una auto-exploración para identificar el origen de sus emociones y sentimientos con respecto a la situación que está viviendo; así también cuando ha tomado una decisión o está por tomarla de manera consciente e informada.**

Otro factor importante que debe considerarse es *el tiempo* que se otorgue a la sesión, es flexible y depende de tres **elementos**: información que posea la mujer, expectativas y necesidades y, dudas que le surjan. El material gráfico del que disponga el consejero para apoyar la información y clarificar las ideas además de su propia creatividad para acompañar a la mujer en su proceso son elementos que conducen al éxito o al fracaso de la entrevista.

La entrevista puede ser estructurada o no estructurada:

- ▶ **Estructurada**, en la cual el consejero tiene un programa, están previstas las preguntas, el orden, la forma de plantearlas, así como el objetivo; la finalidad principal es la recolectar datos.
- ▶ **No estructurada**, en la cual el consejero tiene la libertad de formular las preguntas de acuerdo a cada situación particular. Se organiza considerando las variables que dependen precisamente de cada situación global, las preguntas se formulan sin inducir la respuesta. Permite evaluar los datos con la usuaria, capacitar, orientar, informar, reforzar la autoestima, generar participación. Se clasifica en:



- **Focalizada**, cuando está centrada en una cuestión o tema vinculado a la problemática global. El consejero sondea motivos, razones, conversa esclareciendo situaciones que le preocupan o inquietan a la mujer en relación con su salud y el cáncer cérvico uterino.
- **Clínica**, se centra en el tratamiento, se estudian motivaciones, sentimientos, actitudes o posibles comportamientos en el campo de la salud.
- **No dirigida**, cuando es completamente informal, a partir de una situación ocasional, permitiendo dialogar sobre diversos temas y recoger opiniones abiertas de la persona a quien se entrevista.

Las entrevistas cerradas y no estructuradas son complementarias, pudiéndose aplicar en momentos consecutivos de un proceso de trabajo y dependiendo de los objetivos.

El desarrollo de la entrevista de consejería incluye las siguientes etapas:

- ▶ **Inicio.** En esta primera etapa es importante la cordialidad y la confianza que la mujer perciba y se sienta con la libertad de manifestar lo que le sucede, con la seguridad de que todo lo que se diga será confidencial.
- ▶ **Desarrollo.** Esta etapa, abarca por lo regular la mayor parte del tiempo de la entrevista. Es el momento en que se aplican los seis principios básicos de la Consejería, descritos anteriormente.
- ▶ **Final.** En esta última etapa se resume lo más importante de la entrevista, se reconocen los avances y lo que falta por hacer. La despedida debe ser cordial. Si fuera necesario podrá realizarse otra entrevista (se debe dejar abierta la posibilidad de nuevos encuentros) y siempre debe cerrarse con un acuerdo específico.

## Técnicas esenciales de la entrevista en Consejería<sup>2</sup>

Durante el desarrollo de la entrevista es necesario tomar en cuenta algunas técnicas que facilitan el desarrollo de la **consejería**; cada una de ellas requiere de entrenamiento y su desempeño depende en gran medida de la práctica.

### ***Escucha activa y comunicación no verbal***

Es indicar, sin palabras, interés por las necesidades expresadas por la usuaria. Respuesta neutral que abre la comunicación al usar el silencio apropiadamente, se expresa respeto y se genera bienestar en la persona escuchada.

Es poner atención a la persona en lo que dice y cómo lo dice, es crear a través de la mirada mutua un puente para que fluya la comunicación, es dar el tiempo necesario para que se exprese, a veces es hablar en silencio y otras decimos con el cuerpo: entiendo lo que me dice, estoy aquí y ahora con usted, en estos momentos usted es lo más importante para mí y estoy entendiendo lo que me comunica.

2. Cox, Kim, y Cols. Guía para capacitadores en Salud Sexual. IPPF/RHO. Nueva York. 1992.

## **Identificar contenidos, parafrasear para clarificar**

Es repetir, en síntesis y con otras palabras, lo que ha dicho la usuaria. Esto le ayuda a reconocer lo que está experimentando y pensando; ayuda al consejero a entenderla. Genera bienestar a la mujer al sentirse escuchada con atención.

Hay que tener cuidado con el uso de algunos términos y el significado de éstos en el contexto cultural de la mujer. La frase para iniciar es *“Lo que usted me quiere decir es...”* o *“Me dice que...”*

El parafraseo permite saber si se comprende lo que la mujer quiere comunicar y genera en la usuaria una sensación de ser escuchada con atención.

## **Identificar y reflejar sentimientos**

A través del lenguaje verbal y no verbal la usuaria manifiesta emociones y sentimientos que, en algunas ocasiones “ocultan” lo que realmente siente. Por ejemplo: el enojo puede encubrir el miedo al tratamiento, el sentir que está sola en este asunto, en relación al trato del personal de salud o los resultados de sus estudios (lesiones intraepiteliales o cáncer).

El consejero requiere de experiencia y práctica para identificar los sentimientos y emociones y así **reflejarlos a la mujer**.

### **Ejemplo:**

**Consejero:** *“Parece que está preocupada por que le van a realizar su Papanicolaou”*

**Mujer:** *Tengo miedo porque mi mamá murió de cáncer de la matriz, cuando ella se hizo la prueba le dijeron que tenía cáncer.*

**Consejero:** *¿Entonces, usted siente temor y cree que es mejor no hacerse la prueba?*

Los sentimientos más frecuentes, por parte de las mujeres, vinculados al cáncer cérvico uterino son: **Coraje**, al interior “en contra de no sé quien”; “por qué a mí”; “yo que siempre me he cuidado”; “de haber sabido”; al exterior, por la tardanza en la atención o el mal trato por algún trabajador de la unidad de salud. **Temor**, al creer que si se realiza el Papanicolaou, le digan que tiene cáncer, o no saber que le van a hacer. **Tristeza**, al recibir la noticia de lesiones intraepiteliales, tener cáncer cérvico uterino o requerir una histerectomía; por la falta de apoyo de la familia, asociada a su autoestima.

El trabajo del consejero es identificar estos sentimientos y reflejarlos a la mujer para que los reconozca, se sienta con derecho a expresarlos y sentirlos independientemente de si son o no agradables para ella o para los demás. Evitar calificar cualquier sentimiento como bueno o malo. Para ello, otro elemento clave es lograr el rapport al inicio de la entrevista.

### **1. Formular preguntas significativas.**

Se realiza recabando información útil, descubriendo necesidades y conduciendo a la persona hacia una respuesta determinada o ayudándole a concentrarse en una información específica para poder aclarar situaciones. Estas preguntas deben ser acordes al motivo de la entrevista, por lo que debe interrogar de manera directa lo que se necesite saber, permitiendo ampliar comentarios si así lo requiere y no utilizar el tiempo en temas que no son de interés para la usuaria.

### **2. Proveer información.**

Ayuda a la mujer a tomar una decisión informada. Se requiere saber qué información tiene, cuál necesita reafirmar, cuál necesita corregir para proveerla de manera suave sin que incomode a la usuaria.

Generalmente las inquietudes, mitos y temores surgen por falta de información, es importante que el prestador de servicios domine la información del Programa de Cáncer Cérvico Uterino y de la Norma Oficial Mexicana para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino, de la técnica para la toma de Papanicolaou, del tratamiento de las lesiones intraepitiliales, de la historia natural del cáncer cérvico uterino, de la referencia y contrarreferencia de pacientes (del primer nivel de atención a la clínica de colposcopia), de la anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino, de la epidemiología del cáncer cérvico uterino, y del tratamiento de los procesos inflamatorios, lo que le permitirá otorgar la información necesaria en cada caso. Manejar la información permite al consejero proporcionarla con palabras sencillas y claras.

### **3. Resumir y llegar a un acuerdo.**

Antes de concluir la sesión, se realiza un breve resumen de los temas abordados en orden de importancia y de manera puntual se mencionan a la mujer los acuerdos a los que se llegaron. Por último debe confirmarse que la señora se retira satisfecha de la atención recibida.

**Cada uno de estos pasos aplicados de manera conjunta permitirá conducir cada caso que se atiende y facilitará el acercamiento de las mujeres a las unidades médicas para ser incluidas dentro de las acciones de prevención y control del cáncer cérvico uterino.**

## Formas inadecuadas de responder en una Entrevista de Consejería

Cuando el consejero no está capacitado o le falta destreza para conducir una entrevista con el enfoque de la **Consejería**, puede responder con preguntas, y/o actuar de manera inadecuada provocando que la mujer se retire y quizá no regrese, o que se influya de tal manera en la decisión que la persona se arrepienta más tarde.

Estas formas inadecuadas de responder se manifiestan como barreras de la comunicación y son conductas que en una relación interpersonal, dificultan la toma de conciencia de los sentimientos, pensamientos y conductas al distraer a la persona de su experiencia o ponerla a la defensiva, creando así un clima de inseguridad emocional que favorece una baja autoestima y ausencia de responsabilidad, entendiendo a esta última como la habilidad para responder.

A continuación se mencionan las formas inadecuadas, más frecuentes, de responder en una entrevista:

### ***Aconsejar, Dar soluciones***

En este tipo de respuesta se ofrece algún consejo o pauta a seguir. Una respuesta en forma de consejo generalmente tiende a cerrar la comunicación y carga de responsabilidad al consejero y libera a la usuaria de dicha responsabilidad.

#### **Ejemplo:**

*¿Por qué no... le hace así?  
Lo que debería hacer es...  
Lo que debería hacer es poner límites en su tratamiento.  
Por qué no se da unos días de descanso y suspende el tratamiento.*

Estos consejos pueden producir miedo o resistencia activa, ocasionalmente invitan a ser comprobados ó promueven una conducta rebelde y vengativa.

### ***Juzgar, Criticar, Culpar***

Este tipo de respuesta involucra una transmisión de valores y opiniones propias del consejero. Se evalúa una conducta y la persona se siente juzgada y se fortalece o se entristece.

#### **Ejemplo:**

*Esa es una manera muy inmadura de comportarse  
Esos sentimientos no son propios de usted  
Siempre será igual, no cambia*

Implica incompetencia, estupidez, mal juicio, despierta en el otro miedo de ser juzgado negativamente o regañado y puede aceptar tales juicios como verdaderos o como represalias.

## ***Atacar, presionar con preguntas, interrogar***

Este tipo de respuesta culpa a la persona. Se le reclama algo, sea de su vida personal o del error que cometió al aceptar o no un tratamiento.

### **Ejemplo:**

*¿Por qué se comporta de esa manera?  
Dígame ¿Por qué lo hizo? ¿Qué no pensó antes? y ¿Qué te dijo?  
¿Está segura de que así fue?*

Puesto que contestar a las preguntas provoca resultados negativos, el otro aprende a contestar con mentiras. Da respuestas que nada dicen o evita contestar y pueden resultar persecutorias para la otra persona.

## ***Negar***

Este tipo de respuesta ignora o niega los sentimientos de la persona. Revela ansiedad o incomodidad por parte del consejero.

### **Le decimos:**

*No se preocupe, mire son momentos de la vida,  
Quite esa cara, y mejor póngase a hacer algo, eso la distraerá.*

Esto causa que la usuaria se sienta incomprendida y recibe el mensaje “no está bien que se sienta así”.

## ***Compadecer, consolar***

Es una respuesta que conlleva en el consejero, la misma emoción que la de la mujer, sin dar nuevas perspectivas. Es expresar lástima, por ejemplo.

### **Le decimos:**

*¡Pobrecito usted tener cáncer a su edad!*

*Mejor vea las ventajas que tiene no tener matriz.*

Esto causa fuertes sentimientos de hostilidad (es fácil para usted decir eso) y hace que la usuaria se sienta minimizada.

**El consejero necesita aprender a darse cuenta por sí mismo cuando está utilizando alguna de estas formas inadecuadas de responder a la usuaria durante la entrevista. Requiere práctica, práctica y más práctica. Es también activar a su observador para cuando le gane lo cotidiano, le envíe una señal y pueda retomar la entrevista con el enfoque de la CONSEJERÍA.**

## PERFIL DEL CONSEJERO

Hasta aquí hemos hablado de la **Consejería** y la manera de llevarla a cabo, ahora veamos a la persona que la realiza, para fines de este documento lo llamaremos El Consejero.

La **Consejería** la efectúa la persona capacitada y sensibilizada al respecto, en este caso el personal de salud que establece contacto con las mujeres que regularmente son: la trabajadora (or) social, la enfermera (o), el promotor (a) de salud, el médico (a), la psicólogo (a) (cuando la hay).

Es tarea fundamental del Consejero involucrarse en el proceso de acompañamiento de la mujer solicitante para facilitarle la toma de decisiones de manera voluntaria, consciente e informada.

En este acompañamiento surgen una serie de sentimientos y emociones inherentes al ser humano que a veces son calificados como positivos o negativos, esto implica por parte del consejero un autoconocimiento con respecto a su propio vivir, y así identificar situaciones que no podrá manejar, para lo cual requiere prepararse y tomar una decisión adecuada, en este caso para la usuaria.

No es conveniente hablar de “buenos” o “malos” consejeros, solamente de expertos o inexpertos y todos pueden adquirir las habilidades, destrezas y conocimientos capacitándose para este tema.

Por tal motivo, se espera que el Consejero tenga una serie de características y cualidades que puede desarrollar y fortalecer con el autoconocimiento, con la práctica, al involucrarse en el programa, y sobre todo la experiencia de trabajar directamente con la población, lo que retroalimenta su deseo de servicio y colaboración.

El carecer de alguna característica o cualidad no limita a ningún prestador de servicio para otorgar **Consejería** si tiene claridad del papel que debe desempeñar. El éxito de ésta, depende del interés y compromiso que el consejero tenga con la mujer.

A continuación se mencionan características y cualidades de un consejero<sup>3</sup>. Cada una de ellas es factible de ser desarrollada por la persona interesada en la **Consejería**.

- ▶ **Empatía.** Es comprender y aprehender el problema de salud desde la realidad de la mujer, percibiendo y entendiendo sus emociones y sentimientos con respecto a la enfermedad, esto contribuirá a un manejo adecuado para cada caso y así poder generar, aportar y otorgar información veraz y oportuna. Es ponerse en el lugar, “en los zapatos” de la usuaria.
- ▶ **Congruencia.** Es ser consistente entre lo que se dice, lo que se hace y lo que se es, produce una gran seguridad en la usuaria, de que está siendo acompañada.

3. Cox, Kim, y Cols. Guía para capacitadores en Salud Sexual. IPPF/RHO. Nueva York. 1992



- ▶ **Actitud positiva incondicional.** Es saber transmitir aceptación de la usuaria sin evaluarla, ni desaprobarla, aunque no se esté de acuerdo con su actitud, su juicio o conducta.
- ▶ **Respeto.** Es permitir la libertad de expresión en los términos que la usuaria tenga, es no imponer, en no invadir, no forzar, sin confundir, lo que es hablar “de usted” con respeto a la persona como tal.
- ▶ **Discreción.** Es mantener confidencialmente lo que ha dicho una usuaria. Es ser respetuoso de la información recibida, tanto en la sala de espera como en el consultorio y la comunidad.
- ▶ **Responsabilidad.** Es comprometerse con las personas y las tareas y con los pasos a seguir para alcanzar los objetivos acordados.
- ▶ **Honestidad.** Es hablar con verdad a una usuaria. Ser veraz es una característica básica para asegurar decisiones libres y un consentimiento responsable, producto de la información imparcial.
- ▶ **Comprensión.** Es aceptar los diferentes valores y condiciones de una variedad de usuarias con momentos y experiencias distintas.
- ▶ **Convicción.** Es creer que el cáncer cérvico uterino es prevenible y curable cuando se detecta a tiempo, que al menos una toma de citología en la vida de una mujer puede salvarle la vida y que ella es responsable de su propia salud.
- ▶ **Seguridad.** Es sentir comodidad con el manejo del propio cuerpo ya que se estará expuesto en una forma íntima con el cuerpo de las mujeres. Estar convencido de lo que se está haciendo.
- ▶ **Sociabilidad.** Es responder cálidamente a las necesidades de otras personas y relacionarse con satisfacción personal con una gama de mujeres de distintas edades, antecedentes y personalidades.
- ▶ **Eficiencia.** Es trabajar eficazmente bajo condiciones de presión con un mínimo de supervisión. Comprometerse al trabajo disciplinado para ayudar a otros.
- ▶ **Flexibilidad.** Es abrirse a los imprevistos, a los cambios de opinión o de decisión de una usuaria y ser tolerante con las diversas formas de comportamiento.

**La manifestación de estas características y cualidades durante la entrevista pueden verse acompañadas de los sentimientos positivos y negativos que pueden afectar el proceso de CONSEJERÍA. Es necesario que el consejero conozca sus habilidades y limitaciones para que las trabaje con la experiencia cotidiana y disminuya las fallas en la tarea.**

El prestador de servicios debe buscar:

- ▶ **Manejo adecuado de sus actitudes.** Esto es que conozca sus valores, prejuicios, capacidades y limitaciones, así como tolerancia y respeto a valores diferentes a los suyos.
- ▶ **Capacidad de comunicación.** Presentar la información de manera, clara y sencilla inspirando confianza. Establecer la comunicación considerando el nivel cultural de su población y empleando un lenguaje común y apropiado, evitando tecnicismos o en su defecto explicarlos.
- ▶ **La personalidad.** Se refiere a la conducta total del individuo y particularmente a aquellos aspectos duraderos y coherentes que hacen que nos parezcamos a otras personas o seamos diferentes. La personalidad se refiere a la coherencia entre lo que una persona es, ha sido y será, también se refiere a la combinación única de talentos, actitudes, valores, sentimientos y hábitos que establecen la singularidad de una persona. En este punto podemos referir conceptos como son: el carácter entendido como el tipo de conducta característica de un individuo en situaciones fundamentales y al temperamento, como una tendencia básica de las emociones y los sentimientos que son características de un individuo.

**Tanto el carácter como el temperamento influyen en la forma de actuar con otras personas, las clases de actitudes que se asumen hacia uno mismo y hacia los demás, así como en nuestro estilo personal. Es decir que la personalidad forma parte fundamental del perfil de quien ejerce la CONSEJERÍA. Esto es por el rol que se juega en la entrevista.**

Un consejero exitoso es aquel que genera:

- ▶ Confianza, comprensión. Es un profesional que realiza la entrevista con una intencionalidad determinada. No es un amigo.
- ▶ No crítica, ni juzga.
- ▶ Lleva al análisis exhaustivo de la situación para que la entrevistada resuelva y decida por sí misma.
- ▶ Reorganiza la entrevista de acuerdo a la situación y a la necesidad de la usuaria.
- ▶ No promete nada.
- ▶ Usa conceptos teóricos que hábilmente adecua para explicar la situación.
- ▶ Está preparado, formula preguntas directas y claras de acuerdo al objetivo y adecuadas a la situación.
- ▶ Es auténtico.
- ▶ Nunca da consejos. Orienta, facilita y asesora a la mujer y a su familia.
- ▶ Tiene presente que el silencio también habla.

Es tarea del consejero aprender a demostrar algunas emociones con carácter positivo como son:

- ▶ **Interés y deseo de ayuda.** Existe una fuerza interna que se manifiesta a través de colaborar para que la persona tome una decisión.
- ▶ **Necesidad de logro y reconocimiento.** Se posee un impulso para conseguir metas y obtener reconocimiento social y superación profesional entre otros.
- ▶ **Sensación de confianza.** Cuando se es consciente de los conocimientos se experimenta seguridad en sí mismo y en lo que se hace.
- ▶ **Motivación y convicción.** Desempeña su trabajo con agrado y afán de ayuda permanentes.
- ▶ **Autoestima.** Tener una sensación de valía como persona, realizando un trabajo con calidad.

Es tarea del consejero identificar el origen de los sentimientos negativos como son:

- ▶ **Apatía:** Falta de deseo de colaboración y ayuda hacia los problemas de las personas y desinterés para con el trabajo que desempeña.
- ▶ **Confusión.** Preocupación al no saber como actuar con el orientado o bien, involucrarse demasiado y mezclar sus sentimientos.
- ▶ **Impaciencia y desesperación:** Situación que se presenta cuando no se comprende o se dificulta entender la información proporcionada.
- ▶ **Enojo:** En ocasiones se presentan una serie de frustraciones en el medio laboral, con el equipo de trabajo y/o problemas personales, lo que ocasiona molestia, irritabilidad y rechazo por el trabajo que se realiza.
- ▶ **Ansiedad:** Usualmente esto se genera por la falta de conocimientos sobre algún tema solicitado y por actitudes prejuiciosas.

Se requiere habilitar en el área de la **CONSEJERÍA** a los capacitadores, educadores y prestadores de servicios que atienden el programa de Cáncer Cérvico Uterino ejercitando la comunicación interpersonal a partir de la exploración, el intercambio de experiencias y el modelaje de un entrenamiento práctico y vivencial, con el fin de prepararse no solo para resolver dudas o preguntas sobre el tema, sino para facilitar el proceso de toma de decisiones y promover a la vez un alto nivel en la calidad de los servicios y mejorar la prevención y la atención ofrecida en las instituciones que trabajan en este campo para favorecer y estimular una actitud positiva y comprometida tanto de los trabajadores de la salud como de las mujeres hacia quienes se dirige el Programa.

## RESPONSABILIDADES DEL CONSEJERO/A Y DE LA USUARIA

CONSEJERO/A	
ACCIÓN	LOGRO
<b>Entablar una buena relación comunicativa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Asegurar privacidad y confidencialidad.</li> <li>▶ Mostrar una actitud positiva y aceptante.</li> <li>▶ Alentar a hacer preguntas y compartir información.</li> <li>▶ Escuchar y observar lo que dicen y hacen las usuarias.</li> <li>▶ Usar un tono de voz amigable y postura atenta para transmitir cordialidad, interés y respeto.</li> <li>▶ Saber ponerse en el lugar de la usuaria.</li> </ul>
<b>Enfocar la atención en la solicitante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Responder primero a la necesidad, interés o pregunta expresados por la solicitante.</li> <li>▶ Indagar sobre su estilo de vida.</li> <li>▶ Ayudar a la usuaria a entender la importancia y necesidad del tratamiento y la misma realización del tamizaje.</li> <li>▶ Responder a las inquietudes de la usuaria, incluyendo deshacer rumores, en forma respetuosa y objetiva.</li> <li>▶ Averiguar con la usuaria que regresa, cuál es su experiencia y satisfacción del servicio.</li> </ul>
<b>Comunicar claramente la información</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Concentrarse en confirmar la decisión y llegar a un acuerdo.</li> <li>▶ Ser breve.</li> <li>▶ Usar lenguaje simple, no técnico.</li> <li>▶ Evitar información irrelevante o excesiva.</li> <li>▶ Dejar que la usuaria vea esquemas y diagramas de la práctica del Papanicolaou o del tratamiento.</li> <li>▶ Alentar a la usuaria a hacer preguntas y dar tiempo suficiente para lograrlo.</li> <li>▶ Comprobar la comprensión de la usuaria.</li> <li>▶ Usar guías de trabajo para informar sin perder lo importante.</li> </ul>

**RESPONSABILIDADES DEL CONSEJERO/A Y DE LA USUARIA (CONT.)**

<b>CONSEJERA/O</b>	
<b>ACCIÓN</b>	<b>LOGRO</b>
<b>Facilitar a la usuaria su libre decisión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Establecer comunicación y coordinación con las áreas involucradas.</li> <li>▶ Dar seguimiento a su atención.</li> <li>▶ Programar próxima cita con la usuaria.</li> </ul>
<b>RESPONSABILIDADES DE LA USUARIA</b>	
<b>ACCIÓN</b>	<b>LOGRO</b>
<b>Esperar buena atención</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Pedir privacidad.</li> <li>▶ Preguntar si el prestador de servicios mantendrá la confidencialidad de la información.</li> <li>▶ Conocer sus derechos de atención.</li> <li>▶ Volver a solicitar información si no esta satisfecha.</li> </ul>
<b>Obtener información</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Solicitar información de la atención que va a recibir.</li> <li>▶ Hacer preguntas.</li> <li>▶ Pedir que se repita o aclare información que no ha comprendido.</li> <li>▶ Comprobar su propia comprensión de la información e instrucciones.</li> </ul>
<b>Asumir la decisión tomada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Responder en forma completa a las preguntas del prestador de servicios.</li> <li>▶ Ofrecer en forma voluntaria información.</li> <li>▶ Expresar sus inquietudes, preocupaciones y temores.</li> <li>▶ Discutir abiertamente su situación personal.</li> <li>▶ Tomar libremente la decisión.</li> </ul>

**RESPONSABILIDADES DEL CONSEJERO/A Y DE LA USUARIA (CONT.)**

<b>RESPONSABILIDADES DE LA USUARIA</b>	
<b>ACCIÓN</b>	<b>LOGRO</b>
<b>Tomar decisiones bien pensadas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Aceptar que la decisión del tamizaje o tratamiento es su derecho y responsabilidad.</li> <li>▶ Entender como sus circunstancias personales afectan su decisión.</li> <li>▶ Discutir con el prestador de servicios las ventajas del tamizaje o del tratamiento.</li> <li>▶ Pedir instrucciones y cualquier otra ayuda que pueda necesitar para llevar a cabo su decisión.</li> </ul>

**CONOCIMIENTOS QUE NECESITA EL CONSEJERO PARA BRINDAR INFORMACIÓN VERAZ Y CIENTIFICAMENTE COMPROBADA**

- ▶ Anatomía y fisiología básica de los órganos sexuales femeninos
- ▶ Anatomía y fisiología específica del cérvix
- ▶ Historia natural del cáncer cérvico uterino
- ▶ Factores de riesgo
- ▶ Cofactores de riesgo
- ▶ Medidas de prevención
- ▶ Métodos de tamizaje
- ▶ Técnica para la prueba de captura de híbridos
- ▶ Técnica para la toma de Papanicolaou
- ▶ Nomenclatura utilizada para la entrega de resultados
- ▶ Diagrama de flujo para la atención de las usuarias
- ▶ Mecanismos de referencia y contrarreferencia en el estado, jurisdicciones, unidades de salud o centro oncológico
- ▶ Funcionamiento de las clínicas de colposcopia
- ▶ Tratamientos otorgados en las clínicas de colposcopia
- ▶ Funcionamiento y localización de los centros oncológicos o unidades que tengan servicio de oncología
- ▶ Estadios del cáncer invasor y sus tratamientos



- ▶ Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino
- ▶ Políticas gubernamentales y leyes relacionadas con el Programa de Cáncer Cérvico Uterino
- ▶ Epidemiología del cáncer cérvico uterino en el estado, municipio, localidad
- ▶ Cultura, religión local, incluidas las normas y costumbres sobre sexualidad y prácticas sexuales
- ▶ Mitos, rumores y conceptos erróneos frecuentes, relacionados con el cáncer cérvico uterino

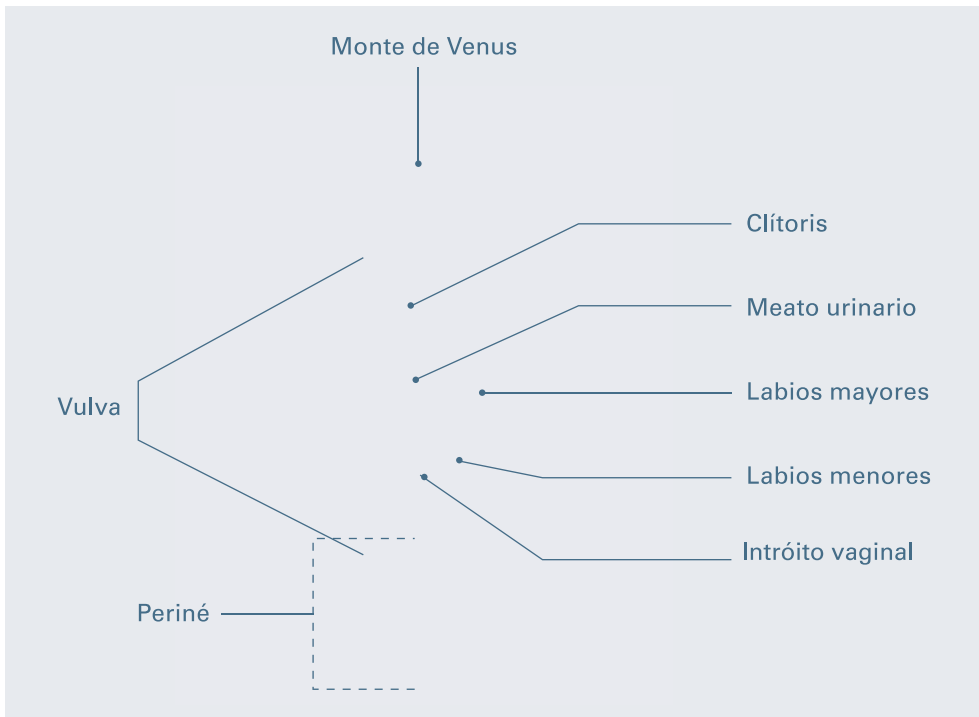
# ANATOMÍA Y FISIOLÓGIA DE LOS ORGANOS GENITALES FEMENINOS

La anatomía y fisiología de los órganos sexuales femeninos, mejor conocida como **sexo**, es la base biológica de la sexualidad y tiene especial relevancia en la pubertad por su modificación morfológica y funcional. Su conocimiento es básico para una mejor comprensión de la mujer y de su asociación e importancia en el cáncer cérvico uterino.

La **anatomía** permite identificar el sitio de cada uno de los órganos que integran el aparato genital y, su **fisiología** ayuda a comprender la función de cada una de sus estructuras.

Los órganos genitales externos son:

- ▶ Monte de Venus
- ▶ Vulva, se integra por:
  - Labios Mayores
  - Labios Menores
  - Clítoris
  - Meato Urinario y
  - Intróito Vaginal



## VULVA

La vulva, su nombre proviene del latín *volvo* que significa envolver. Es una hendidura situada en la parte media cuando la mujer junta sus muslos. Su continuación hacia arriba es con el Monte de Venus sin un límite preciso, hacia los lados su límite son los surcos de las ingles y hacia abajo con el perineo.

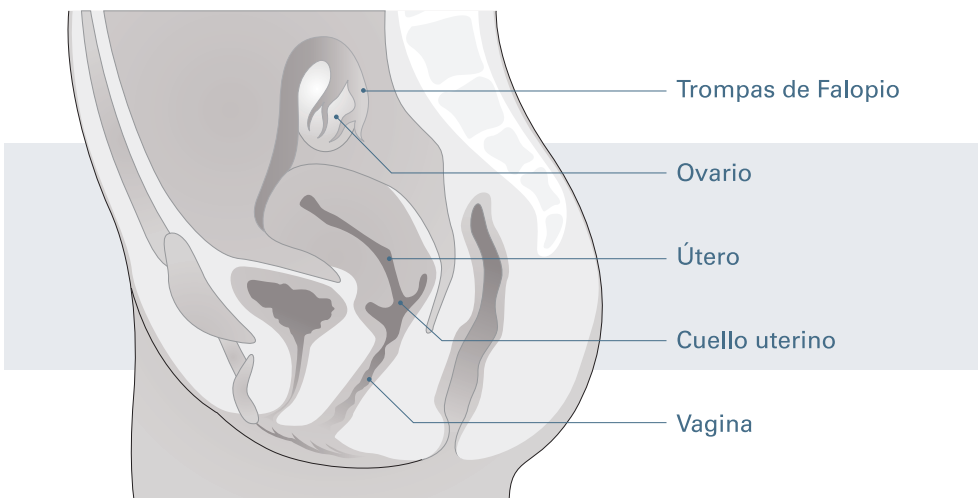
Tiene dos pares de labios: los mayores y los menores, los primeros están cubiertos de vello, tienen una longitud de 7 a 9 cm y un grosor aproximado de 2 a 3 cm también tienen abundantes glándulas sebáceas y sudoríparas. Los labios menores miden de 2 a 3 cm y tienen un espesor de 3 a 5 mm aunque todas estas medidas son muy variables en cada mujer; al juntarse los labios ocultan el introito o entrada de la vagina.

Hacia su vértice superior se encuentra el clítoris, el cual está constituido por tejido cavernoso cubierto por piel y tiene numerosas terminaciones nerviosas que lo hacen extremadamente sensible y la principal zona erógena de la mujer.

En la parte inferior del introito desembocan a la derecha e izquierda las glándulas de Bartholin. Al separar los labios se puede apreciar el hímen en las mujeres que aún no han tenido relaciones sexuales, en las que ya han iniciado su vida sexual activa pueden apreciarse los restos del hímen que en ese caso toman el nombre de carúnculas himeneales.

Los órganos sexuales internos:

- ▶ Vagina
- ▶ Útero
- ▶ Trompas uterinas o de Falopio
- ▶ Ovarios



## TROMPAS DE FALOPIO

Trompas de Falopio, son dos, una a la derecha y otra a la izquierda del útero, también llamadas trompas uterinas, salpínges, tubas u oviductos.

Son conductos que parten de la parte superior y lateral del útero, continúan por la parte superior del ligamento ancho y terminan en la proximidad del ovario en una abertura con múltiples prolongaciones semejantes a pequeños dedos llamadas fimbrias, siendo éstas las encargadas de atraer al óvulo hacia el interior del útero.

Las trompas desempeñan un papel muy importante en la fecundación del óvulo ya que ésta se lleva a cabo en el interior en la porción cercana al ovario. Permiten el avance de los espermatozoides por el interior hasta encontrarse con el óvulo y finalmente conducir el óvulo ya sea fecundado o no a la cavidad del útero.

Miden de 10 a 12 cm. de largo; el ancho varía dependiendo de que porción se este viendo, la más amplia es la cercana al ovario y la mas estrecha la que está cercana al útero.

## OVARIO

Los ovarios, están situados uno a la derecha y otro a la izquierda del útero. Su nombre proviene del latín ovum que significa huevo. Son dos órganos del volumen y forma aproximada de una almendra. Su tamaño tiene modificaciones periódicas de acuerdo al momento del ciclo menstrual.

Si se cortaran se podrían distinguir dos porciones: la externa o cortical y la interna o medular.

En ellas se encuentran casi un millón de folículos primordiales en la recién nacida, de esta gran cantidad de folículos primordiales sólo madurarán aproximadamente 350 para convertirse en óvulos que se irán liberando a razón de uno cada mes durante toda la edad reproductiva o sea entre los 12 y los 45 años de edad.

Les llega sangre directamente de la arteria aorta y son los principales productores de las hormonas femeninas, el estrógeno y la progesterona.

## ÚTERO

Está situado en la pelvis, su nombre proviene del latín uterus y es ampliamente conocida como matriz.

Es un órgano hueco, único y esta destinada a albergar y proteger primeramente al huevo y luego al feto.

Por delante tiene a la vejiga y por detrás está el intestino delgado y el recto.

Tiene una forma triangular, como el de una pera sólo que achatada e invertida, habitualmente esta inclinado hacia delante y abajo doblado aproximadamente entre 70° y 100° lo cual recibe el nombre de anteversoflexión, tiene un estrechamiento circular, como cintura, pero algo más debajo de la mitad de su cuerpo, este estrechamiento es llamado istmo y se divide en dos porciones: el cuerpo y el cuello, por lo que son fisiológica y patológicamente distintos.

En la parte inferior y por arriba de la vagina, se encuentran las arterias uterinas derecha e izquierda. Su cavidad es virtual con forma triangular, superficie lisa y de casi 10 centímetros cuadrados de superficie. En el interior de su cavidad, arriba y a ambos lados se encuentran unos pequeños orificios, son la desembocadura de las trompas uterinas y en la parte inferior, en el centro, se encuentra otro orificio que es el orificio cervical interno que se continua con el canal endocervical y es por donde sale la sangre menstrual y también el feto, la placenta y las membranas durante el parto.

## CUELLO DEL ÚTERO

Cuello de la matriz ó cérvix, esta situado en la vagina, después del estrechamiento del istmo del cuerpo uterino, es mas corto que el cuerpo uterino, mide 3 cm. Se sitúa generalmente en la parte media aunque en ocasiones puede desviarse a la derecha o a la izquierda.

Tiene el aspecto de un cilindro y dos orificios: el interno que se continúa con la cavidad uterina y el externo que se aprecia al colocar un espejo vaginal, ambos están unidos por el canal endocervical.

En el orificio externo se encuentra la zona de transformación, que es el sitio donde los tejidos exocervical y endocervical se unen mediante la llamada unión escamocolumnar. Esta zona, es el sitio por excelencia que daña el virus del papiloma humano alterando las células, al evolucionar estas lesiones, se pueden convertir en cáncer invasor.

## VAGINA

Su nombre proviene del latín y en sentido figurado se entendía como la funda de la espada. Está entre el útero y la vulva, es el órgano de la cópula, conduce hacia el exterior la sangre menstrual y es el canal de salida para el bebé durante el parto. En condiciones normales, es un conducto virtual ya que sus paredes se juntan unas con otras. Es aplanada y orientada hacia arriba y atrás, mide entre 7 u 8 cm. de longitud, siendo su pared posterior un poco más larga que la anterior y su ancho promedio es de dos centímetros y medio a tres, aunque hay diferencias de mujer a mujer.

Su superficie interna tiene una gran cantidad de arterias y venas recubiertas por su capa mucosa, es rugosa por la presencia de pliegues, lo cual le permite una gran elasticidad. Sus paredes se componen por tres capas: la mucosa, la muscular y la fascia o envoltura. La pared anterior está en contacto con la vejiga y permite el paso de la uretra, y la pared posterior está en contacto con las zonas rectal y peritoneal.

La zona que está en contacto con el cérvix forma una bóveda o cúpula en la que se distinguen cuatro porciones llamadas fórnices o fondos de saco vaginales: un anterior, un posterior y dos laterales. El fondo de saco posterior es el más profundo, el anterior se relaciona con la parte más alta de la vejiga y los laterales están en relación con los ureteros y con las arterias uterinas.

Su extremidad inferior o introito termina en el vestíbulo y es su porción más estrecha.

# HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

Para comprender la razón de incorporar el proceso de orientación-consejería en las acciones del Programa de Cáncer Cérvico Uterino, es conveniente conocer el proceso de esta enfermedad.

El cáncer cérvico uterino es una enfermedad neoplásica maligna que se origina en el cérvix uterino y su progresión natural lleva a la muerte.

El cérvix es una zona de especial interés e importancia, es un órgano accesible para el diagnóstico y tratamiento. Por su accesibilidad ha permitido realizar investigaciones de la naturaleza de sus lesiones y conocer a mayor profundidad el desarrollo del cáncer cérvico uterino.

Los estudios realizados han demostrado que esta enfermedad tiene un avance gradual y las lesiones precursoras evolucionan lentamente durante varios años.

En el cáncer cérvico uterino, la participación del Virus del Papiloma Humano (VPH), es indispensable para su inicio y desarrollo. Los VPH tipos 16 y 18 son considerados de alto riesgo para desarrollar cáncer cérvico uterino aunado a la asociación de cofactores como lo son: el inicio de vida sexual activa antes de los 18 años, múltiples parejas sexuales (tanto del hombre como de la mujer), la deficiencia alimentaria, el hábito de fumar y el hecho de nunca haberse sometido a un estudio de citología cervical, tienen una gran relevancia en el desarrollo de este cáncer.

En su etapa inicial, mejor conocida como lesión **intraepitelial**, no existe una sintomatología aparente; por ello la importancia de la realización de estudios específicos, como la citología cervical (Papanicolaou), la captura de híbridos, la colposcopia, etc., métodos a través de los cuales se pueden detectar lesiones o anomalías celulares o del tejido del cérvix uterino; las lesiones escamosas intraepiteliales pueden ser de bajo grado (LEIBG) y alto grado (LEIAG).

Las LEIBG, denotan que los cambios celulares involucran solamente un tercio del epitelio; de acuerdo con algunos estudios, en el 70% de los casos las lesiones pueden ser reversibles. Es bien conocido que pueden pasar hasta 10 años para transitar de lesiones iniciales a invasoras donde el margen de curación es menor, situación que muestra el rango tan amplio de oportunidad diagnóstica y terapéutica.

Las LEIAG, involucran más de dos tercios a su totalidad del epitelio del cérvix; siendo menos frecuente su reversibilidad, dependiendo del grado de severidad del daño y la presencia de otros factores hasta ahora desconocidos.

Cuando se produce la ruptura de membrana basal del epitelio, la lesión se convierte en invasora y su progresión culmina con metástasis.

## ESTADIOS DEL CANCER CERVICO UTERINO

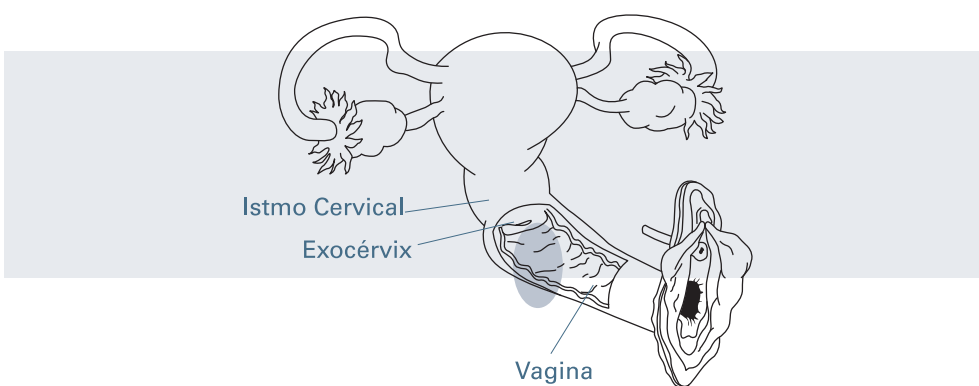
### ESTADIO 0

El carcinoma *in situ* pre invasivo

### ESTADIO I A

El carcinoma está estrictamente confinado al canal endocervical, pero sólo puede ser diagnosticado por microscopio (no esta clínicamente visible).

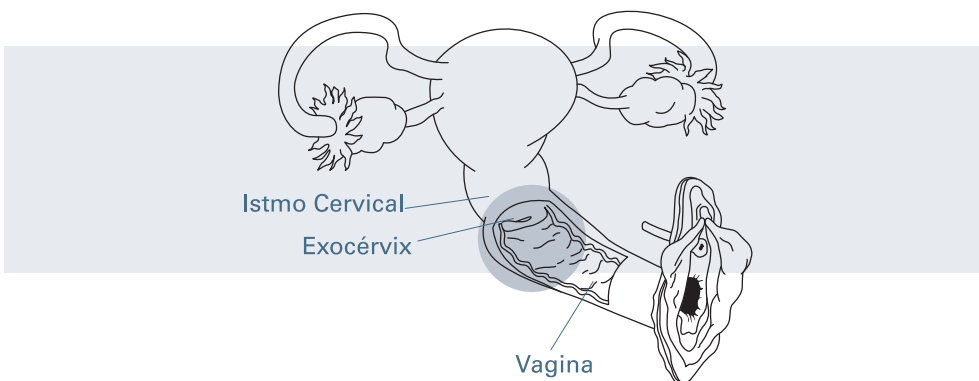
- ▶ Síntomas comunes: ninguno.
- ▶ Supervivencia de 5 años: 90-100%.



### ESTADIO I B

El carcinoma está estrictamente confinado al canal endocervical y la lesión presente es microscópica, clínicamente visible por colposcopia.

- ▶ Síntomas comunes: puede existir un flujo vaginal acuoso, de color blanco-amarillento y hemorragia pos-coital.
- ▶ Supervivencia de 5 años: 80-90%.

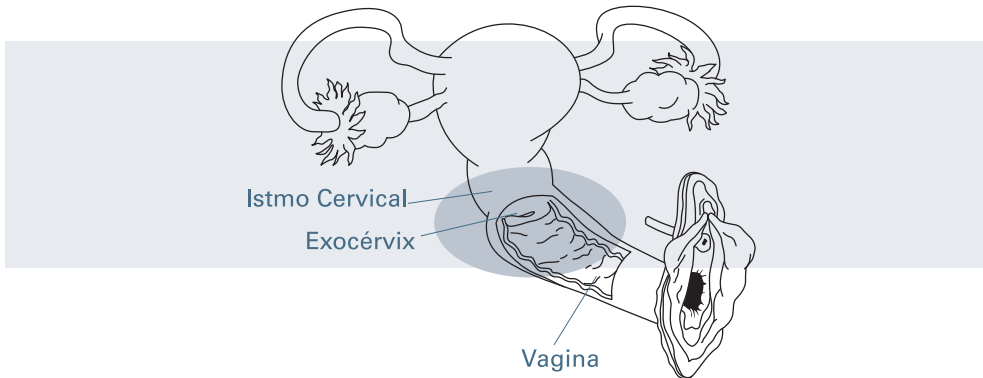




**ESTADIO II A**

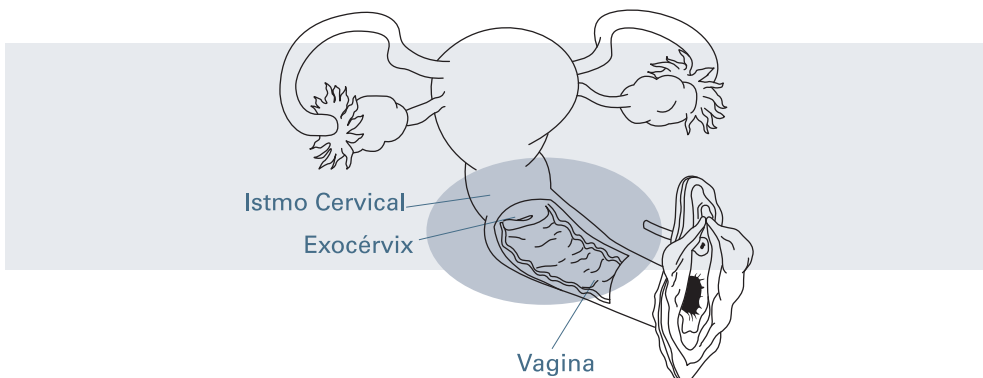
El cáncer sin invasión a parametrios, pero no involucra a la pared pelviana.

- ▶ Síntomas comunes: flujo vaginal que puede ser seroso, mucopurulento, sanguinolento y a veces fétido. Hemorragia vaginal recurrente incluyendo pos-coital.
- ▶ Supervivencia de 5 años con tratamiento adecuado: 75%.

**ESTADIO II B**

El cáncer con invasión a parametrios extendido más allá del cuello del útero.

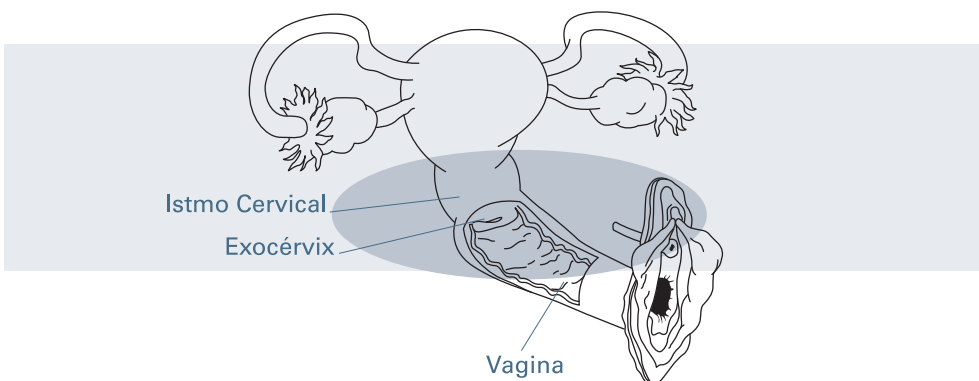
- ▶ Síntomas comunes: signos y síntomas similares. Dolor en la pelvis, hipogastrio y región lumbar.
- ▶ Supervivencia de 5 años: 50-60%.



### ESTADIO III A

El tumor invade el tercio inferior de la vagina, sin extenderse a la pared pélvica.

- ▶ Síntomas comunes: signos y síntomas similares. Dolor durante el coito.
- ▶ Supervivencia de 5 años: 20-40%.



### ESTADIO III B

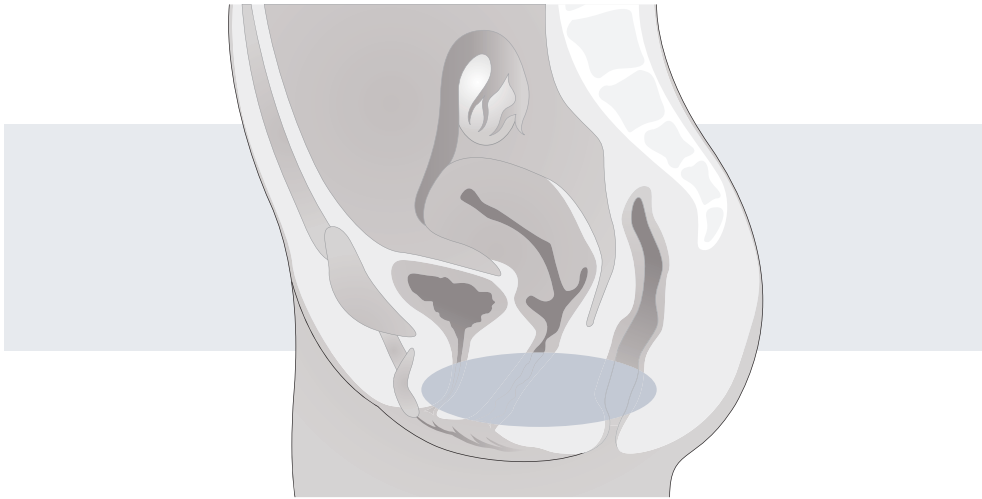
El tumor invade el tercio inferior de la vagina y se extiende a la pared pélvica provocando hidronefrosis por invasión a ureteres.

- ▶ Síntomas comunes: signos y síntomas similares al III A, dolor severo en hipogastrio y región lumbar, a menudo con edema de miembros inferiores en una o en las dos piernas. Pueden existir síntomas de insuficiencia renal crónica debido a la obstrucción de uno o ambos ureteres.
- ▶ Supervivencia de 5 años: 20-40%.

### ESTADIO IV A

El tumor invade mucosa de la vejiga o recto y/o se extiende más allá de la pelvis a los parametrios.

- ▶ Síntomas comunes: signos y síntomas similares al III B, a menudo con hematuria, disuria, anemia, pérdida de peso y a veces fístula vesico-vaginal, fístula rectovaginal.
- ▶ Supervivencia de 5 años: 50-10%.



### **ESTADIO IV B**

El tumor se ha extendido a los órganos distales.

Síntomas comunes: signos y síntomas similares al IV A, pero con señales y síntomas adicionales de acuerdo al lugar de la propagación del cáncer:

- ▶ Riñones-dolor severo en región lumbar
- ▶ Pulmones-tos no productiva
- ▶ Hígado-distensión abdominal (dolor y sensibilidad en el hipocondrio derecho), ictericia
- ▶ Piel-nódulos cutáneos grandes pero sin dolor
- ▶ Nodos linfáticos-ganglios linfáticos sobredimensionales
- ▶ Cerebro-convulsiones, confusión
- ▶ Supervivencia de 5 años: 0%.

# VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Como ya ha sido comentado, la infección por Virus del Papiloma Humano (VPH) es el factor etiológico del cáncer cérvico uterino. En los últimos años, el VPH ha tenido gran relevancia entre la población femenina por la magnitud de la información en los medios de comunicación, la cual no siempre es correcta, esto, ha generado grandes inquietudes en las mujeres cuando se enfrentan al reporte citológico o colposcópico de una posible infección de VPH, desencadenando una necesidad de tener personal de salud capacitado para responder cualquier duda de las personas y que permita disipar los mitos y rumores en torno a esta infección.

Actualmente, la infección por VPH es la infección más común de transmisión sexual; más de la mitad de los hombres y las mujeres sexualmente activos son infectados por este virus en algún momento de su vida. En la mayoría de los casos, las infecciones no son serias, son asintomáticas, transitorias y desaparecen sin tratamiento; sin embargo en algunas personas, las infecciones por algunos tipos de VPH provocan la aparición de verrugas genitales, y en las mujeres cáncer del cuello de la matriz.

Los virus del papiloma son virus que se encuentran en muchas especies animales; estos virus son específicos para cada especie. El virus del papiloma que infecta a los seres humanos se llama virus del papiloma humano o VPH. Por lo general, causa proliferación epitelial en las superficies cutáneas y mucosas.

Existen más de 100 diferentes tipos, algunos, infectan piel mientras que otros infectan mucosas como cuello uterino, vagina, vulva, recto, uretra, pene y ano. Se clasifican como de alto riesgo (oncogénicos) y de bajo riesgo (no oncogénicos).

Entre los virus de alto riesgo, se encuentran:

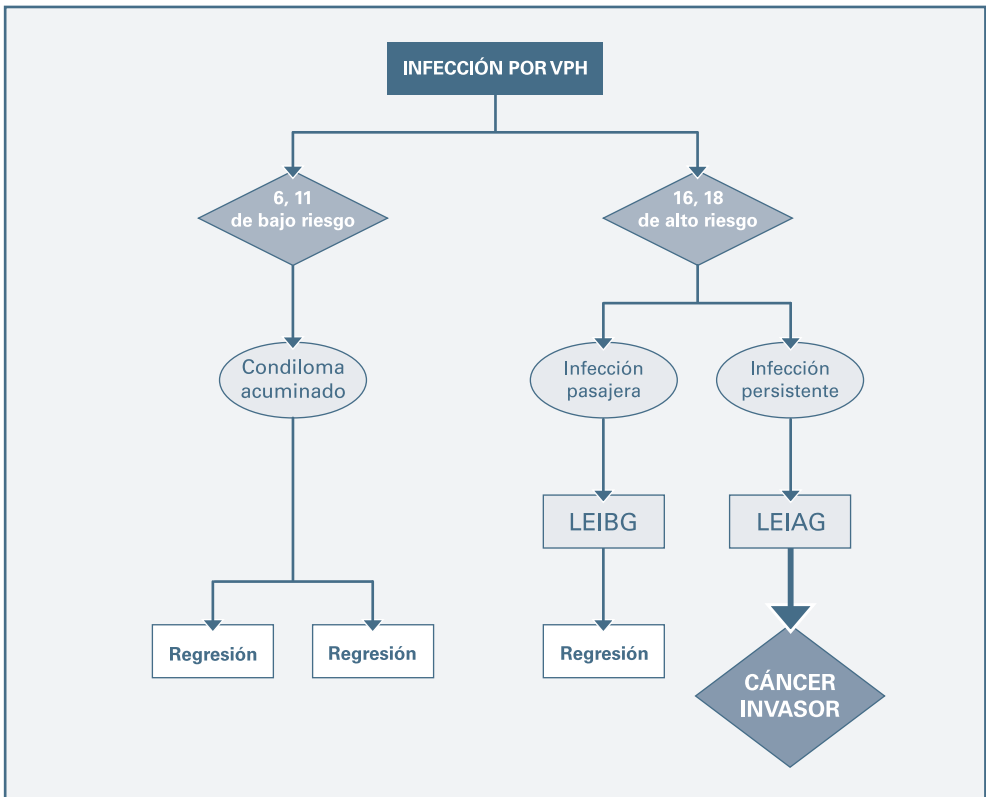
- ▶ El VPH 16 es el tipo de alto riesgo más común, ya que se encuentra en la mayoría de todos los cánceres del cuello uterino.
- ▶ El VPH 18 es otro virus de alto riesgo, el cual no sólo se puede encontrar en lesiones escamosas sino también en lesiones glandulares del cuello uterino. Este VPH representa entre el 10% y 12% de los cánceres de cuello uterino.

Todos los demás tipos de alto riesgo pueden asociarse con el cáncer del cuello uterino, pero con mucha menor frecuencia que los VPH 16 y 18.

Virus de bajo riesgo:

Estos pueden causar cambios benignos como las verrugas genitales, pero rara vez, en caso de hacerlo, aparecen en asociación de cáncer invasor.

- El VPH 6 y el VPH 11 son los virus de bajo riesgo que se encuentran con mayor frecuencia en las verrugas genitales.



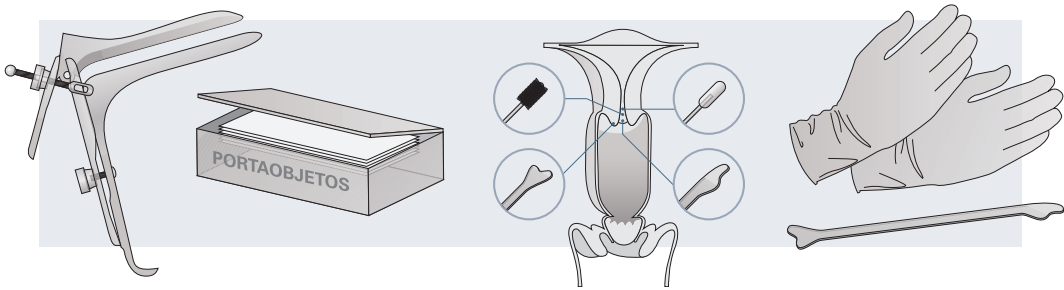
El VPH generalmente se transmite mediante el contacto directo piel a piel y a través de las relaciones sexuales. El comportamiento sexual es el factor de predisposición más constante en la adquisición de esta infección, el número de parejas sexuales se relaciona proporcionalmente con el mayor riesgo de tener una infección por VPH.

En las mujeres, la actividad sexual de su(s) pareja(s) también es importante para determinar el riesgo de adquirir el VPH, el riesgo aumenta si su pareja ha tenido o tiene varias parejas.

En la mayoría de los casos, las infecciones genitales por el VPH son transitorias y asintomáticas. Aproximadamente el 70% de las mujeres con infecciones por el VPH se curan en un año y hasta el 91% de ellas en dos años. Se cree que el desarrollo gradual de una respuesta inmunitaria eficaz es el mecanismo más probable para la curación. Sin embargo, también es posible que el virus permanezca en un estado latente indetectable y luego se reactive muchos años después. Esto puede explicar por qué el VPH puede detectarse nuevamente en mujeres de mayor edad que han mantenido una relación monogámica mutua prolongada y en aquellas que han dejado de tener relaciones sexuales.

# TOMA DE LA MUESTRA CITOLÓGICA

La toma de muestra para citología cervical (Papanicolaou), es un procedimiento sistematizado y guiado clínicamente para obtener la información y material suficiente para que el citotecnólogo, citólogo o patólogo, realicen un diagnóstico preciso.

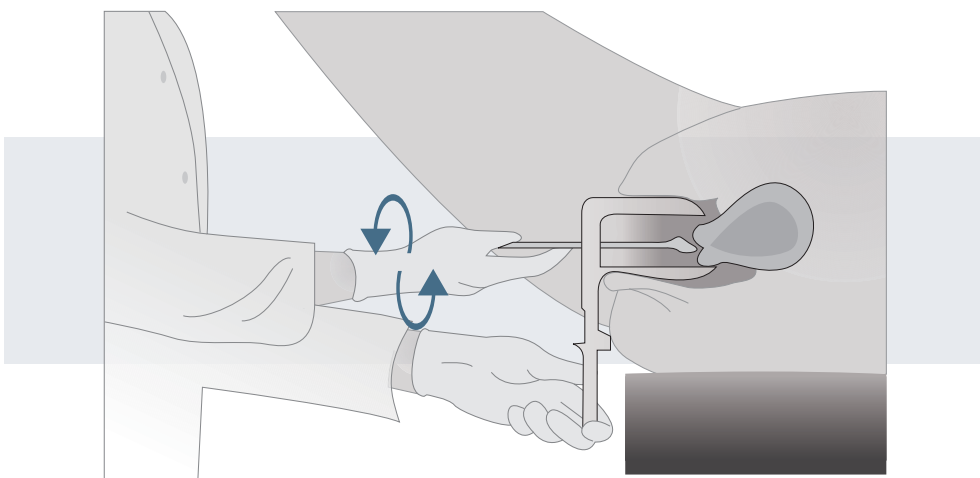


Se inicia por inspección de los genitales externos buscando lesiones macroscópicas como: prolapso uterino, tumores, huellas de rascado, flujo, manchas discrómicas, lesiones exofíticas, etc.; posteriormente anotar los datos observados en la hoja de solicitud y resultado de la citología cervical.



Tomar el espejo estéril o desinfectado, colocarlo en la palma de la mano con las valvas cerradas, entre los dedos índice y medio. El cuerpo del espejo se sujeta con los dedos anular y meñique. Con los dedos índice y pulgar de la mano contraria, separar los labios menores y visualizar el vestíbulo vaginal.

Con las valvas cerradas, introducir suavemente el espejo formando un ángulo de 45 grados o en forma vertical 90 grados con relación al piso de la vagina. En ese momento se pide a la usuaria que puje, avanzando a la vez el espejo hasta el tercio medio de la vagina, girarlo presionando la palanca que abre la valva superior con el dedo pulgar de la mano que sostiene el espejo; para abrir las valvas introducirlo un poco más hasta localizar el cérvix sin lastimarlo, ya localizado, se fijan las valvas para que no se deslicen.



Al observar el cuello uterino debe hacerse una búsqueda intencionada, cuando presenta inflamación se torna rojo violáceo, despulido y sangra ocasionalmente con el roce del espejo vaginal en infecciones crónicas con edema; en la formación de quistes glandulares se observa una deformación y alargamiento en el prolapso acentuado. Es importante mencionar que antes de la toma de la muestra, no se debe realizar exploración por palpación de la vagina y cuello uterino.

En caso de existir secreción o sangre excesiva se recomienda limpiar el cuello con una gasa seca o hisopo antes de tomar la muestra y desecharla cuidando de no tocar el epitelio.

La muestra del cuello uterino con la espátula de Ayre modificada se realiza tomando una muestra suficiente del endocérvix y otra del exocérvix.

## TOMA EXOCERVICAL

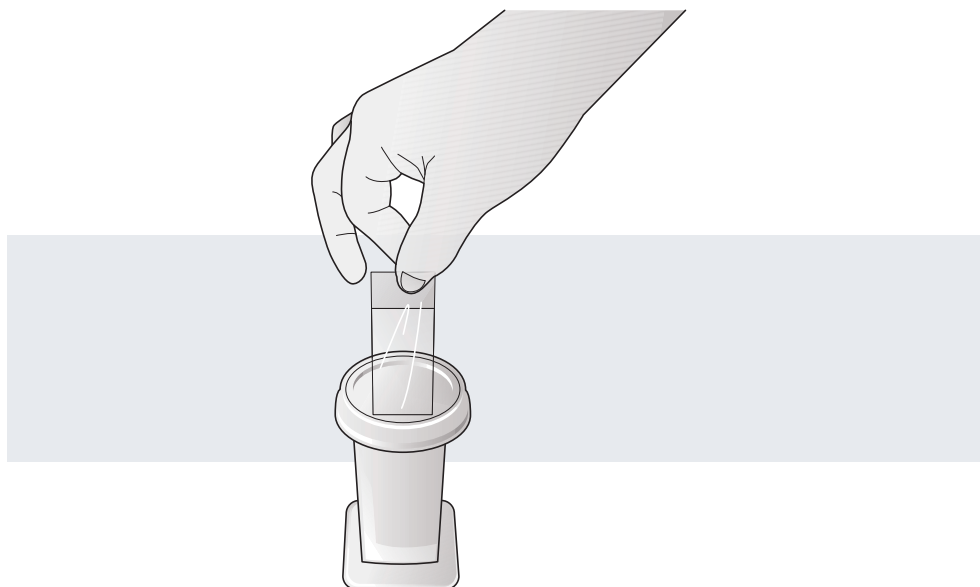
Deslizar la espátula de Ayre por el extremo bifurcado y colocarla en el orificio cervical. Girar a la derecha 360° haciendo una ligera presión para obtener muestra de todo el epitelio exocervical.

Prestar atención especial en recorrer el perímetro del orificio cervical cuando presenta forma irregular.

Retirar la espátula y volver a introducirla por el extremo semicónico para la toma del endocervix.

## TOMA ENDOCERVICAL

Introducir la espátula por la parte en forma cónica en el orificio del canal cervical, hacer una ligera presión deslizándola y girando a la izquierda 360°. Extender en la laminilla la muestra y en menos de 5 segundos fijarlos en alcohol de 96°, manteniendo cerrado el recipiente.





## PRUEBA DE CAPTURA DE HÍBRIDOS

La captura de híbridos es una prueba biomolecular que sirve para detectar la presencia de los diferentes virus del papiloma humano que pueden causar el cáncer cérvico uterino.

El Virus del Papiloma Humano puede infectar el cérvix, la vagina, vulva, uretra, recto, región perianal o el pene.

Se sabe que estos virus son transmitidos sexualmente y que los tipos de alto riesgo son una de las causas necesarias del cáncer cérvico uterino y sus lesiones precursoras.

Esta infección puede asociarse con cambios que son detectables por citología, colposcopia o biopsia, proporcionando evidencia indirecta de la presencia del virus. Como la infección puede persistir por años sin síntomas, y aunque la mayoría causará cambios leves que se resuelven (70%), alternativamente puede realizarse detección directa del DNA del VPH por hibridación (hc2), con el objetivo de identificar tempranamente a las pacientes que están en riesgo de desarrollar cáncer, para su tratamiento oportuno y así prevenirlo.

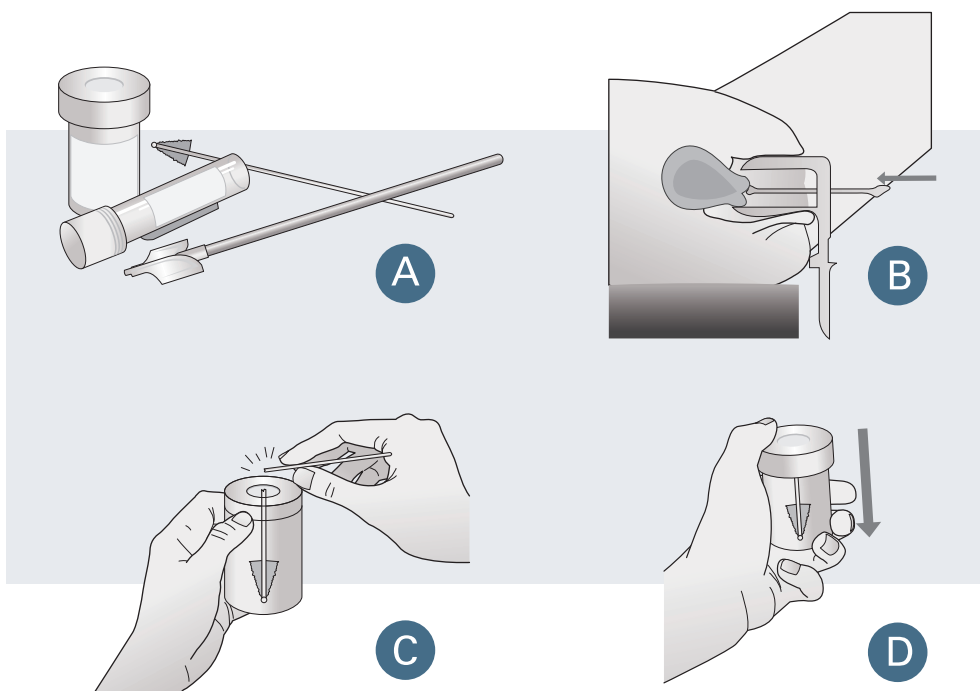
La prueba de DNA para VPH hc2 es una prueba de hibridación in vitro (biología molecular) con amplificación de señal que utilizando quimioluminiscencia microplaca detecta cualitativamente el DNA de 18 tipos de VPH en muestras cervicales. La prueba puede diferenciar entre los grupos de bajo y alto riesgo, pero no puede determinar el tipo específico que esté presente.

En esta técnica se utilizan sondas de RNA capaces de detectar varios tipos de VPH. Cuando la muestra presenta infección vírica se produce un híbrido RNA-DNA que es capturado por un anticuerpo específico contra híbridos y detectado mediante una reacción tipo ELISA que utiliza un compuesto quimioluminiscente para revelar la reacción y que proporciona incluso información sobre la cantidad de DNA viral presente en la muestra, que parece tener relación con la presencia de lesiones de alto grado. La técnica dispone de dos sondas, una para virus de bajo riesgo y otra para virus de alto riesgo. Permite detectar 5 virus de bajo riesgo (6,11,42,43,44) y 13 tipos de riesgo alto o intermedio (16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,68), involucrados en el 90% de casos de carcinoma de cérvix.

La recolección de la muestra la puede realizar algún personal de salud (médico y/o enfermera) o la misma mujer a través de la auto-toma vaginal.

## RECOLECCION DE LA MUESTRA POR PERSONAL DE SALUD

- ▶ Verificar que la fecha de caducidad impresa en el contenedor esté vigente y que haya estado en refrigeración de 2-8° C.
- ▶ La muestra debe tomarse previa a la aplicación de ácido acético o yodo lugol si va a realizar el examen colposcópico.
- ▶ Con el espejo vaginal colocado y utilizando cepillo o hisopo se realiza un raspado cervical como el realizado para la citología exfoliativa.
- ▶ Se coloca la cabeza del cepillo o hisopo dentro del vial (previamente identificado con los datos de la paciente) que contiene medio de transporte para hc2 (STM) y se deja dentro.



## AUTOTOMA VAGINAL

En la comodidad de su casa la señora recolecta la toma de la muestra a través de los siguientes pasos:

- ▶ La paciente deberá retirar su ropa interior y colocarse en cuclillas o con una pierna elevada (sobre un banquilla de altura).
- ▶ Introducir el hisopo hasta que sus dedos toquen la entrada de la vagina y rotarlo 180° hacia la izquierda.
- ▶ Luego retirarlo y colocarlo dentro del vial (tubo o contenedor).

## MANEJO Y CONSERVACION DE LA MUESTRA

Una vez tomada la muestra y colocada en el medio para hc2 deben manejarse según el tiempo que tardarán en ser procesadas:

- ▶ Dos semanas: a temperatura ambiente (2-30° C).
- ▶ Tres semanas: dos semanas a temperatura ambiente y una semana en refrigeración de 2-8° C.
- ▶ Mas de tres semanas y hasta tres meses a -20° C.

## INTERPRETACION Y ENTREGA DE RESULTADOS

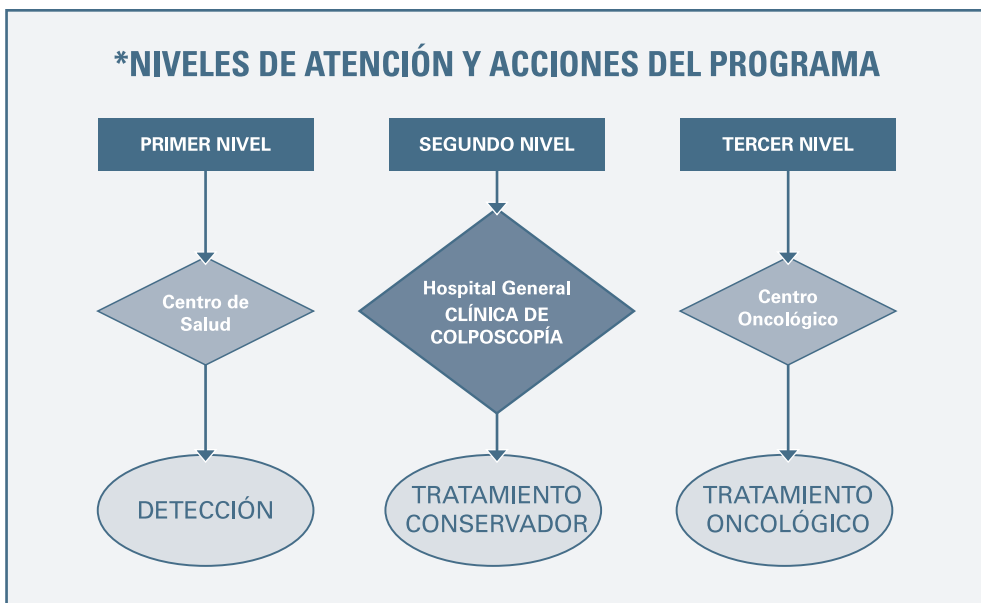
Solo el médico debe informar a la paciente si el resultado es positivo o negativo, pero sobre todo debe informarla claramente sobre el SIGNIFICADO de ese resultado, siempre y cuando se cuente con la información clínica.

- ▶ **Positivo para VPH de alto riesgo:** la paciente esta infectada con virus de alto riesgo para el desarrollo de lesión de alto grado y cáncer, como esto dependerá de múltiples factores, la paciente debe ser referida para valoración colposcópica y corroboración diagnóstica.
- ▶ **Positivo para VPH de bajo riesgo:** La paciente esta infectada con virus de bajo riesgo, lo cual hace muy poco probable que desarrolle lesiones de alto grado o cáncer, aun así debe ser referida para valoración colposcópica y confirmación diagnóstica.
- ▶ **Negativa para VPH:** la paciente muy probablemente no esta infectada, indicarle que vuelva a detección por citología cervical y/o captura de híbridos en 3 a 5 años.

Es importante recordar que en la auto-toma de la muestra, es indispensable explicar a la señora a detalle el procedimiento, para lo cual es necesario platicar con ella acerca de su anatomía y fisiología, y quedar completamente seguros que la mujer comprendió toda la información, porque de ella dependerá el éxito de la prueba y la detección oportuna del virus de papiloma, sobre todo los de alto riesgo.

# CLÍNICA DE COLPOSCOPIA

La clínica de colposcopia es una unidad medicoquirúrgica situada en un hospital\*, en ella labora personal especializado y altamente capacitado, principalmente el médico colposcopista quien es un especialista en ginecología u oncología que ha llevado un curso de capacitación específico en colposcopia de al menos seis meses de duración en un centro de capacitación en colposcopia o en otras instituciones de enseñanza superior o de salud reconocidas oficialmente.



La clínica de colposcopia cuenta con tecnología diagnóstica y terapéutica de vanguardia para diagnosticar y tratar las lesiones precursoras intraepiteliales del cérvix y del resto del tracto genital inferior, o sea aquellas lesiones que aún no se han convertido en cáncer invasor y son susceptibles de ser curadas en su totalidad.

En la clínica de colposcopia se atiende a las pacientes que tuvieron resultados anormales en su Papanicolaou, como los siguientes:

- ▶ Infección por virus papiloma humano (IVPH)
- ▶ Lesión intraepitelial de bajo o alto grado
- ▶ Cáncer *in situ* (Ca *in situ*)
- ▶ Cáncer microinvasor o invasor

En la clínica de colposcopia se realiza la colposcopia que es un método de estudio bajo visión directa que nos permite determinar la normalidad o anormalidad del tracto genital inferior, precisando la gravedad, localización y extensión de la lesión mediante el uso de un microscopio estereoscópico modificado llamado colposcopio y con la aplicación de ácido acético diluido al tejido, de esa manera el colposcopista confirma, descarta o revalora el diagnóstico encontrado en el Papanicolaou; la colposcopia también nos permite realizar el seguimiento y vigilancia periódica de las pacientes, así como identificar a las pacientes que deben enviarse a un centro oncológico.

El manejo en la clínica de colposcopia es ágil ya que si el colposcopista encuentra lesiones durante el examen colposcópico entonces debe tomar biopsia de dichas lesiones, con la ventaja de hacerlo bajo visión colposcópica, lo cual optimiza el procedimiento.

En caso que el resultado de la biopsia fuese el de una lesión intraepitelial el colposcopista programará a la paciente para realizarle el tratamiento conservador correspondiente para resolver sus lesiones.

Por tratamiento conservador entendemos aquel en el que se extrae o destruye sólo el tejido lesionado manteniendo el resto del órgano intacto, de tal forma que después de la cicatrización se recupere la forma y función normal del órgano tratado.

Los tratamientos conservadores actuales son la criocirugía, la electrocirugía y la laser terapia.

- ▶ **La Criocirugía** es la destrucción del tejido por la congelación a temperaturas bajo cero mediante la utilización de algún criógeno (producto congelante) como puede ser el nitrógeno líquido, el óxido nitroso o el bióxido de carbono.
- ▶ **La Electrocirugía** es la utilización de una corriente eléctrica alterna de alta frecuencia para cortar o destruir el tejido. Al practicar una electrocirugía podemos enviar a estudio histopatológico el tejido extraído. Con la electrocirugía podemos resolver el 95% de los casos enviados a la clínica de colposcopia.
- ▶ **La Laser terapia** es la utilización de la energía producida por el rayo laser para destruir el tejido vaporizándolo. Al practicar criocirugía o laser terapia la toma de biopsia debe hacerse antes de realizar el tratamiento debido a que el tejido es destruido y no es posible enviarlo a estudio histopatológico.

La utilización de los tratamientos conservadores en la clínica de colposcopia permite muchas ventajas ya que pueden realizarse con anestesia local e incluso sin ella como en el caso de la criocirugía, son rápidos, ambulatorios, económicos, incrementan la seguridad en el tratamiento de la paciente, disminuyen los riesgos en el manejo, agilizan la resolución del problema y disminuyen los costos en comparación con los tratamientos que requieren hospitalización.

# BIBLIOGRAFÍA

1. NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar, modificación 21 de enero de 2004.
2. Secretaría de Salud. "Manual de Sensibilización". México. 1999.
3. Secretaría de Salud. "Orientación-Consejería en Planificación Familiar". México, 1993.
4. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Virus del Papiloma Humano: información sobre el VPH para los médicos. Agosto 2007.
5. Porter, Waife, Holtrop. Manual Anticoncepción para Personal de Salud. The Pathfinder Found, 1983.
6. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino. Secretaria de Salud, 2007.
7. PATH. "Cuidado Paliativo para Mujeres con Cáncer de Cuello Uterino". ENGENDER HEALTH. 2003.
8. Masters W., Jonson V. "La Sexualidad Humana" Editorial Grijalbo.
9. CONAPO. "Antología de la Sexualidad Humana. Grupo Editorial Porrúa.
10. ORDI Jaume, "Virus del Papiloma Humano y Carcinogénesis Cervical". Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Clinic. Barcelona.
11. CASTELLANOS M. Martha R. "Cáncer cérvico uterino y el VPH Opciones de Detección". Monografía. UNAM. 2003
12. "Manual para la vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino". 2004.
13. Cox, Kim. Guía para Capacitadores en Salud Sexual. IPPF/RHO. Nueva York. 1992.

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO  
Y SALUD REPRODUCTIVA

**SALUD**

SECRETARÍA  
DE SALUD



ALIANZA POR UN  
**MÉXICO SANO**

[www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx](http://www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx)