

SECRETARIA DE SALUD

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.

MODIFICACION A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-014-SSA2-1994, PARA LA PREVENCION, DETECCION, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, CONTROL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL CANCER CERVICO UTERINO.

MAURICIO HERNANDEZ AVILA, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud y 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 IV, 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 de la Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

CONSIDERANDO

Que con fecha 5 de julio de 2005, en cumplimiento de lo previsto en el artículo 46 fracción I, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, presentó al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, el anteproyecto de la presente Norma Oficial Mexicana.

Que con fecha 18 de mayo de 2006, en cumplimiento del acuerdo del Comité y lo previsto en el artículo 47 fracción I, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Proyecto de Norma, a efecto de que dentro de los siguientes sesenta días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades.

Que con fecha previa, fueron publicados en el Diario Oficial de la Federación las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité, en los términos del artículo 47 fracción III, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, se expide la siguiente:

MODIFICACION A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-014-SSA2-1994, PARA LA PREVENCION, DETECCION, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, CONTROL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL CANCER CERVICO UTERINO

PREFACIO

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

Secretaría de Salud

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades
Centro Nacional para la Salud de la infancia y la Adolescencia

Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud

Hospital General de México
Hospital Juárez de México
Hospital General "Manuel Gea González"
Hospital de la Mujer
Instituto Nacional de Cancerología
Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"
Secretaría de Salud en el Estado de Nuevo León
Instituto Nacional de Salud Pública

Secretaría de la Defensa Nacional

Dirección General de Sanidad

Secretaría de Marina

Dirección General de Sanidad Naval

Instituto Mexicano del Seguro Social
Coordinación General del Programa IMSS-Oportunidades
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Petróleos Mexicanos
Gerencia de Servicios Médicos
Universidad Nacional Autónoma de México
Universidad Autónoma de Nuevo León
Academia Nacional de Medicina
Academia Mexicana de Cirugía
Academia Mexicana de Citopatología
Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Asociación Mexicana de Colposcopia y Patología Cervical, A.C.
Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Asociación Mexicana de Obstetricia y Ginecología Infanto-Juvenil, A.C.
Asociación Mexicana de Médicos Anatomopatólogos, A.C.
Sociedad Mexicana de Oncología, A. C.
Consejo Mexicano de Oncología, A.C.
Colegio Mexicano de Colposcopistas
Federación de Anatomía Patológica de la República Mexicana, A.C.
Asociación Nacional 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
 - 7.1 Prevención primaria
 - 7.1.1 Actividades de educación para la salud
 - 7.1.2 Factores de riesgo
 - 7.1.3 Actividades de Participación Social
8. Detección oportuna
 - 8.1 Los métodos de tamizaje para la detección oportuna
 - 8.2 El resultado citológico se reportará de acuerdo con la Clasificación Bethesda
9. Diagnóstico, tratamiento y control de las lesiones intraepiteliales
 - 9.1 El examen colposcópico describirá las lesiones y el diagnóstico se notificará como sigue:
 - 9.2 El resultado del estudio histopatológico debe ser informado de la siguiente manera:
10. Diagnóstico, tratamiento y control del cáncer invasor
11. Sistema de vigilancia epidemiológica
12. De la capacitación y actualización del personal de salud profesional y técnico del nivel operativo
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 primero 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 con 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 lesiones precursoras y preinvasoras, para las que el diagnóstico oportuno ofrece la posibilidad de tratamiento exitoso a un menor costo social y de 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 primaria (vacunas preventivas), que se irán incorporando de acuerdo a los estudios de costo efectividad que se realicen, para ofrecer un diagnóstico y tratamiento oportuno, 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, 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 mediante la educación para la salud, las acciones de promoción, difusión e información de los factores de riesgo, así como la concientización en el autocuidado de la salud.

El beneficio que se espera obtener a través de esta Norma Oficial Mexicana es contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino.

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, detección, 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-marginadas, 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 5 mm y una extensión horizontal máxima de 7 mm.

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 o Servicio 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: Aplicación seriada de radiaciones dirigidas al área pélvica, con fines de tratamiento.

3.13 Cirugía derivativa: Se dice de aquella cirugía que se realiza a fin de permitir el paso de fluidos corporales, eludiendo obstrucciones existentes (tumoraes entre otros) y que modifica el 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 endocervix y exocervix 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 Colposcopia: Procedimiento exploratorio instrumentado estereoscópico, en el que se emplea un aparato con sistemas ópticos de aumento, a través del cual se puede observar el tracto genital inferior y ano, visualizándose las condiciones de su epitelio y al cual se le pueden aplicar distintas sustancias como solución fisiológica, ácido acético diluido, yodo Lugol u otras con fines de orientación diagnóstica.

3.16 Colposcopia no satisfactoria: Una colposcopia es no satisfactoria cuando no se puede visualizar la unión escamo-columnar o los límites de la lesión en el cuello uterino.

3.17 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.

3.18 Conización: Resección 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.

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

3.20 Criocirugía: Aplicación de baja temperatura a un tejido hasta alcanzar el punto de congelación del agua intracelular produciendo la muerte celular.

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

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

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

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

3.25 Histerectomía extrafascial: Extirpación quirúrgica del útero por fuera de su fascia.

3.26 Histopatología: Estudio macroscópico y microscópico de las alteraciones en los tejidos y órganos extirpados.

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

3.28 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.

3.29 Legrado endocervical: Procedimiento diagnóstico instrumentado mediante el cual se obtiene una muestra representativa del epitelio endocervical, para determinar grado o extensión de la lesión exocervical o endocervical.

3.30 Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIBG): Incluye los cambios celulares asociados al efecto citopático de la infección por virus del papiloma humano (conocida como atipia coilocítica), restringida generalmente a las capas superficiales. Se incluye en estas lesiones a la displasia leve/ NIC 1.

3.31 Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG): Cambios celulares que abarcan dos tercios o más del espesor del epitelio escamoso. Corresponden a este tipo de lesiones las identificadas como displasia moderada, grave y cáncer in situ/ NIC 2-3.

3.32 Linfadenectomía: Procedimiento quirúrgico mediante el cual se extirpan ganglios linfáticos, con fines diagnóstico-terapéuticos

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

3.34 Morbilidad, Tasa de: la que tiene como numerador el número de enfermos en una población determinada durante un período y lugar específico y el denominador representa la población donde ocurrieron los casos. Se expresa como una tasa, puede ser general o específica.

3.35 Mortalidad, Tasa de: la que tiene como numerador el total de defunciones producidas en una población en un periodo de tiempo determinado y el denominador representa la población donde ocurrieron las muertes. Se expresa como una tasa, puede ser general o específica.

3.36 Neoplasia: Proliferación autónoma de células anormales.

3.37 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.

3.38 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.

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

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

3.41 Tratamiento conservador: Es aquel que permite eliminar o destruir el tejido lesionado manteniendo el resto del órgano y sus funciones sin cambio. Los tratamientos conservadores en colposcopia son la electrocirugía, la criocirugía y la laserterapia.

3.42 Vigilancia Epidemiológica: Conjunto de acciones en las que 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.

3.43 Virus del Papiloma Humano: Microorganismos pertenecientes a la familia de los *Papillomaviridae*, 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.

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

3.45 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 Epidemiológicas, Secretaría de Salud

4.5 LASER: Light Amplification Stimulated Emission of Radiation

4.6 LEIBG: Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado

4.7 LEIAG: Lesión Escamosa 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 Integral del Cáncer en la Mujer

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 LEIBG, LEIAG o cáncer.

5.2 La prevención primaria y secundaria se llevará a cabo por medio de la vacunación y de la citología cervical, respectivamente, éstas serán gratuitas en las unidades médicas de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

5.3 Las mujeres con reporte citológico de 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 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 (D06)

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 endocérvix

D06.1 Carcinoma in situ del exocérvix

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 endocérvix

C53.1 Tumor maligno de exocérvix

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 explorar la expresión de sentimientos de la mujer como angustia, temor, ambivalencia, depresión, ira y negación como parte integral de la atención médica.

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.

6.6.1 Mediante la consejería se asesorará a los padres o tutores de mujeres menores de edad, sobre de las vacunas profilácticas para la infección por el VPH.

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
- Tengan hijas menores de edad
- No hayan iniciado vida sexual

7. Prevención

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

7.1 Prevención Primaria

La prevención primaria establece premisas de educación en salud para reducir conductas sexuales de alto riesgo e incluye el uso del condón, promoción de relaciones sexuales monogámicas y el uso de las vacunas profilácticas contra los VPH's asociados más frecuentemente al cáncer cérvico uterino. El uso, aplicación, dosis, indicaciones y periodicidad serán establecidos de acuerdo a la NOM-36-SSA2-2002.

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:

- Mujeres de 25 a 64 años de edad.
- Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años.
- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.
- Infección cérvico vaginal por virus del papiloma humano.
- Múltiples parejas sexuales (del hombre y de la mujer).
- Tabaquismo.
- Desnutrición.
- Deficiencia de antioxidantes.
- Pacientes con inmuno-deficiencias.
- NUNCA HABERSE PRACTICADO EL ESTUDIO CITOLOGICO

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) ofrecerá a toda mujer entre 25 a 64 años de edad, en especial a aquellas con factores 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 el Sistema de Clasificación Bethesda, como se indica a continuación:

I. Calidad de la muestra:

A.- Adecuada

1.- Presencia de células de la zona de transformación

- 2.- Ausencia de células de la zona de transformación
- 3.- 50-75% de hemorragia, inflamación, necrosis y/o artificios

B.- Inadecuada

- 1.- Por artificios, inflamación, hemorragia y/o necrosis en más del 75% del extendido
- 2.- Información clínica insuficiente
- 3.- Laminillas rotas o mal identificadas, otros

II. Interpretación/ Resultado**A.- Negativo para lesión intraepitelial y/o maligno****1.- Organismos:****a.- *Trichomonas Vaginalis*****b.- Micro-organismos micóticos, morfológicamente compatibles con *Cándida sp.*****c.- Cambio en la flora sugestiva 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)****1.1 Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US)****1.2 Células escamosas atípicas, no se puede descartar lesión intraepitelial escamosa de alto grado (ASC-H)****2.- Lesión intraepitelial de bajo grado (VPH, displasia leve, NIC I)****3.- Lesión intraepitelial de alto grado (displasia moderada, displasia severa, carcinoma *in situ*, NIC2, NIC3)****4.- Carcinoma epidermoide****C.- Anormalidades en epitelio glandular****1.- Células glandulares endocervicales atípicas (AGC)****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 se puede establecer por citología o colposcopia de cuello uterino y el de cáncer invasor por examen clínico, además de los anteriores.

9.1.1 El diagnóstico definitivo se establece únicamente por examen histopatológico.

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

1. Sin alteraciones
2. Alteraciones inflamatorias inespecíficas
3. Lesión intraepitelial de bajo grado
4. Lesión intraepitelial de alto grado
5. Lesiones sugestivas de invasión
6. Cáncer invasor
7. Otros hallazgos (condilomas, queratosis, erosión, inflamación, atrofia, deciduosis, pólipo)

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

- A.** Insuficiente o inadecuado para el diagnóstico
- B.** Tejido de cérvix sin alteraciones histológicas significativas
- C.** Cervicitis aguda o crónica
- D.** Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (VPH, NIC 1 o displasia leve)
- E.** Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (NIC 2 o displasia moderada, NIC 3 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 (especificar)

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

9.5 El personal médico establecerá el tratamiento correspondiente en la unidad médica de atención, a aquellas pacientes cuyo resultado citológico reporte la presencia de procesos infecciosos. Posteriormente, después de dos citologías anuales consecutivas negativas a LEIBG, LEIAG o cáncer, el control citológico se realizará cada tres años.

9.5.1 Las pacientes referidas a una clínica de colposcopia o bien, a un Centro o Servicio Oncológico, además de su hoja de referencia, deberán contar con notas médicas en el expediente de la unidad del primer nivel o en el de la clínica de colposcopia, según corresponda, que permitan conocer sus condiciones y su evolución, incluyendo tratamientos. En caso de contrarreferencia, ésta deberá acompañarse de su respectiva nota médica.

9.5.2 Las pacientes a quienes se les realizó citología cervical, cuyo resultado es LEIBG (infección por VPH, displasia leve o NIC 1); LEIAG (displasia moderada y grave o NIC 2 y 3) o cáncer deben enviarse a una clínica de colposcopia, para realizar estudio colposcópico.

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

9.5.4 Si la citología es de LEIBG, la colposcopia es satisfactoria y existe evidencia de lesión, 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 LEIBG 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, con colposcopia y estudio citológico cada seis meses, durante 24 meses.

9.5.4.3 Si la biopsia dirigida es reportada como LEIAG (Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado) se realizará tratamiento conservador (electrocirugía o laserterapia). En las mujeres posmenopáusicas, dependiendo de las condiciones anatómicas del cérvix, se realizará tratamiento conservador en la clínica de colposcopia o tratamiento quirúrgico (histerectomía extrafascial) en el servicio que corresponda.

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

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

9.6 En caso de colposcopia no satisfactoria, negativa a LEIBG y con cepillado endocervical negativo, se continuará su control en la clínica de colposcopia en seis meses, con colposcopia y citología.

9.6.1.1 Si el cepillado endocervical reporta LEIBG se tratará a la paciente como LEIAG, con métodos conservadores escisionales.

9.6.1.2 Si el cepillado endocervical es reportado como LEIAG, se tratará en la clínica de colposcopia. Si el cepillado reporta cáncer microinvasor o invasor, se referirá a un Servicio o Centro Oncológico (Apéndice Normativo A)

9.6.2 Las pacientes con resultado citológico de LEIAG se transferirán a una clínica de colposcopia para su examen colposcópico (Apéndice Normativo B)

9.6.2.1 Si la citología reporta LEIAG, 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 la paciente continuará su control en la clínica de colposcopia con citología y colposcopia semestrales durante dos años; de persistir las mismas condiciones, se valorará el envío a su unidad médica de primer nivel para que continúe su control con citología anual (Apéndice Normativo B)

9.6.2.2 Si la citología reporta LEIAG 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 solicitará revisión del diagnóstico histopatológico y 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 LEIBG, 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 colposcopia y estudio citológico y revalorar el caso.

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

9.6.2.7 Si la biopsia dirigida es reportada como cáncer microinvasor o invasor, referir a un Servicio o Centro Oncológico.

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

9.6.3.1 Si el cepillado endocervical es negativo, con el resultado revalorar el caso lo más pronto posible.

9.6.3.2 Si el cepillado endocervical señala LEIBG, se tratará a la paciente como LEIAG, con métodos conservadores escisionales y revalorar con resultado histopatológico.

9.6.3.3 Si el cepillado endocervical señala LEIAG, 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 es no satisfactoria y el cepillado reporta cáncer invasor, se referirá a un Servicio o 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 una cuidadosa evaluación de la extensión de la neoplasia.

9.7.1.2 Si la biopsia confirma el diagnóstico de cáncer invasor, la paciente será referida a un Servicio o Centro Oncológico.

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

9.7.1.4 Si el resultado de la biopsia es cáncer invasor o cáncer microinvasor, la paciente será referida a un Servicio o Centro Oncológico.

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

9.7.2.1 Si el resultado de la biopsia es LEIAG, deberá tratarse en la Clínica de Colposcopia.

9.7.3 Si la colposcopia no es satisfactoria, tomar cepillado o legrado endocervical. Si resulta positivo (LEIBG, LEIAG, o cáncer invasor), se referirá a la paciente a una unidad que cuente con quirófano para la realización de un cono 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 con LEIBG, LEIAG y cáncer invasor, 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 un Servicio o Centro Oncológico.

9.8.2 Cuando se tenga la confirmación histopatológica de LEIBG y LEIAG, las pacientes embarazadas 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.

9.8.3 El tratamiento que se aplicará a las pacientes embarazadas con cáncer invasor será de acuerdo a:

- Etapa clínica
- Valoración perinatólogica
- Tipo histopatológico
- Opinión de la paciente
- Comité de ética

9.8.4 Si el resultado histopatológico es de cáncer microinvasor o invasor, la paciente será referida a un Servicio o Centro Oncológico, en el que será evaluada por el Comité de Etica de la institución (pública o privada) y tratada de acuerdo a los rubros mencionados en el numeral 9.8.3.

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 con paridad no satisfecha con diagnóstico de cáncer invasor y con posibilidad de vigilancia estrecha, serán valoradas para establecer un tratamiento que preserve su fertilidad.

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 histopatológicos de mal pronóstico 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 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 y teniendo en cuenta los protocolos de tratamiento de cada institución.

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 posterior a cirugía se trata con radioterapia.

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

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 establece el registro sistemático de resultados del tamizaje de LEIBG, LEIAG, cáncer *in situ* y cáncer invasor en los establecimientos de prestación de servicios de atención médica. Para la vigilancia epidemiológica de cáncer cérvico uterino establece la búsqueda intencionada de los casos sujetos a estudio (casos y defunciones) por 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 La vigilancia epidemiológica del virus de papiloma humano se hará por medio del registro de los estudios citológicos e histopatológicos con diagnóstico de cambios citopáticos sugestivos de la infección.

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

11.6 Cada institución informará de los casos de cáncer cérvico uterino ocurridos 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 es la responsable de revisar como mínimo el 50% de los certificados de defunción que indiquen al cáncer cérvico uterino como causa básica o asociada del fallecimiento; dicha revisión la hará el Responsable Estatal y el Jurisdiccional o Regional (según corresponda en cada institución del sector salud) de cáncer cérvico uterino, al término de lo cual enviará la información completa al nivel estatal y éste a su vez 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. De la capacitación y actualización del personal de salud profesional y técnico del nivel operativo

12.1 Para garantizar un servicio de calidad del personal de salud que realiza actividades de prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica de cáncer cérvico uterino de las instituciones públicas, se llevarán a cabo actividades de capacitación y actualización de dicho personal apegándose a lo establecido en el "Programa Unico de Capacitación y Actualización para médicos generales, especialistas, citopatólogos y citotecnólogos", con la periodicidad que cada institución determine, adecuando la asignación de actividades a las características profesionales y técnicas, así como a su nivel de responsabilidad.

Con respecto a las actividades de capacitación y actualización, las instituciones y el personal de atención a la salud en los ámbitos privado y social que tomen, tiñan o interpreten muestras de citología cervical; realicen procedimientos colposcópicos o interpreten colposcopías y los que interpreten estudios histopatológicos de cérvix deberán apegarse a las especificaciones del "Programa Unico de Capacitación y Actualización para médicos generales, especialistas, citopatólogos y citotecnólogos".

12.2 El grupo interinstitucional conformado a instancia del Comité Nacional de Cáncer en la Mujer, deberá desarrollar el "Programa Unico de Capacitación y Actualización para médicos generales, especialistas, citopatólogos y citotecnólogos", conforme a las políticas, estrategias y acciones de detección, prevención y control del Cáncer Cérvico Uterino establecidas por el CNEGySR. El sector privado deberá apegarse a lo estipulado en dichas políticas.

12.3 Para la capacitación y actualización de citotecnólogos, médicos citopatólogos y médicos colposcopistas en las Instituciones de Salud públicas, se deberá aplicar el "Programa Unico de Capacitación y Actualización para médicos generales, especialistas, citopatólogos y citotecnólogos", elaborado por el Grupo Interinstitucional. El sector privado deberá apegarse a lo estipulado en dicho Programa.

12.4 En el nivel estatal, jurisdiccional y local, en los establecimientos de salud públicos, se deben efectuar las acciones de capacitación y actualización apegadas al "Programa Unico de Capacitación y Actualización para médicos generales, especialistas, citopatólogos y citotecnólogos", así como la adecuación para su ámbito de operación. Para el sector privado dichas acciones se delegarán en las asociaciones colegiadas de profesionistas en el área.

13. Control de calidad

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

13.2 Cada citotecnólogo debe interpretar como mínimo 8400 citologías anuales en el Sector Salud, con el objeto de garantizar la correcta interpretación de los resultados. En el sector privado el citotecnólogo podrá alcanzar dicho número de citologías al sumar las que también interprete en sus otros empleos; en caso de no alcanzar el número requerido entonces se someterá a un examen de evaluación establecido por el Consejo correspondiente.

13.3 Para evaluar la calidad de un laboratorio de citología se deben considerar todas las etapas del proceso, 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 y una revisión aleatoria del 10% de laminillas negativas, alternativamente esta revisión de laminillas negativas puede ser realizada por un citotecnólogo con más de cinco años de experiencia.

13.8 En todos los resultados citológicos con LEIAG 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 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 incluye 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 sus respectivos equipos de supervisores técnicos, con la periodicidad y características que cada institución determine.

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

13.14 Cada citotecnólogo, citólogo, patólogo y citopatólogo que se identifique con ineficiencia en su desempeño, deberá ser capacitado o actualizado, según corresponda, por la institución del sector salud en la que labore.

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 brindar una atención médica de calidad, cada colposcopista deberá atender diariamente un mínimo de 15 y un máximo de 25 pacientes de las cuales, preferentemente un 30% deben ser de primera vez.

13.17 Los procedimientos colposcópicos deben ser efectuados por un médico especialista en gineco-obstetricia o en oncología quirúrgica y que cuente con diploma y cédula de la especialidad expedida por la autoridad educativa competente y que además haya llevado un curso de capacitación en colposcopia acorde a lo establecido en el "Programa Unico de Capacitación y Actualización para médicos generales, especialistas, citopatólogos y citotecnólogos" en el rubro correspondiente a colposcopia.

13.17.1 Cuando los procedimientos colposcópicos sean realizados por un médico especialista en entrenamiento en colposcopia (gineco-obstetra o cirujano oncólogo) los hará bajo la responsabilidad y supervisión de un médico especialista en la materia.

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 llevar un registro en el que consigne la correlación citológica, colposcópica e histopatológica de las pacientes manejadas con tratamiento conservador, pretendiendo que sea del 100% cuando se trate de casos de LEIAG o cáncer *in situ*.

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

13.21 La interpretación de los especímenes: conos, biopsias y piezas quirúrgicas recibidas en el laboratorio de Patología y la entrega de resultados a la paciente, deberá ser en un lapso no mayor a 15 días contados a partir de su recepción en Patología.

13.22 Se debe 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 Servicio o 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 (LEIBG, LEIAG y Cáncer), la proporción de estudios confirmados por histopatología y la proporción de procedimientos para tratamiento según los casos (LEIAG 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 LEIAG o cáncer, que fueron tratadas antes de 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 de la Mujer (SICAM-Procacu) o el sistema de información correspondiente a cada institución.

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

15. Apéndices

APENDICE 1

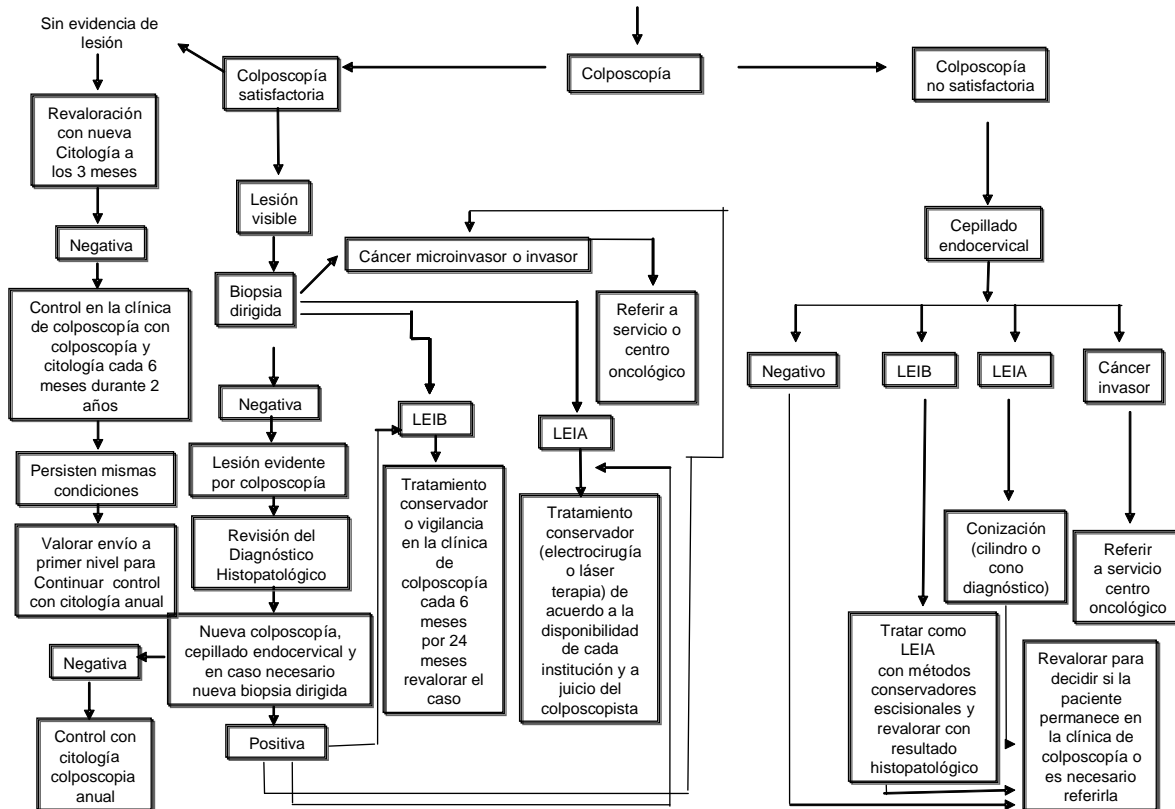
Casos de pacientes con diagnóstico histopatológico de LEIBG en los que se puede optar por tratamiento conservador (criocirugía, electrocirugía, laserterapia)

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

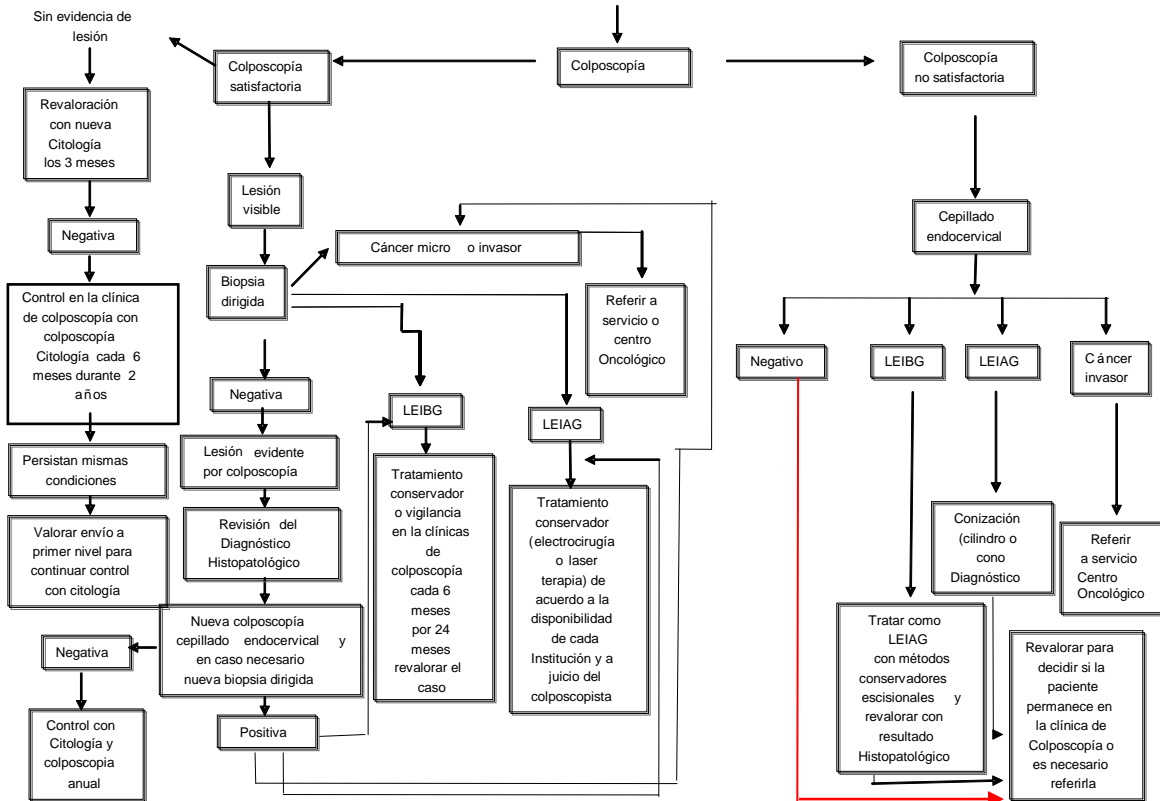
APENDICE NORMATIVO A

CITOLOGIA

Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado

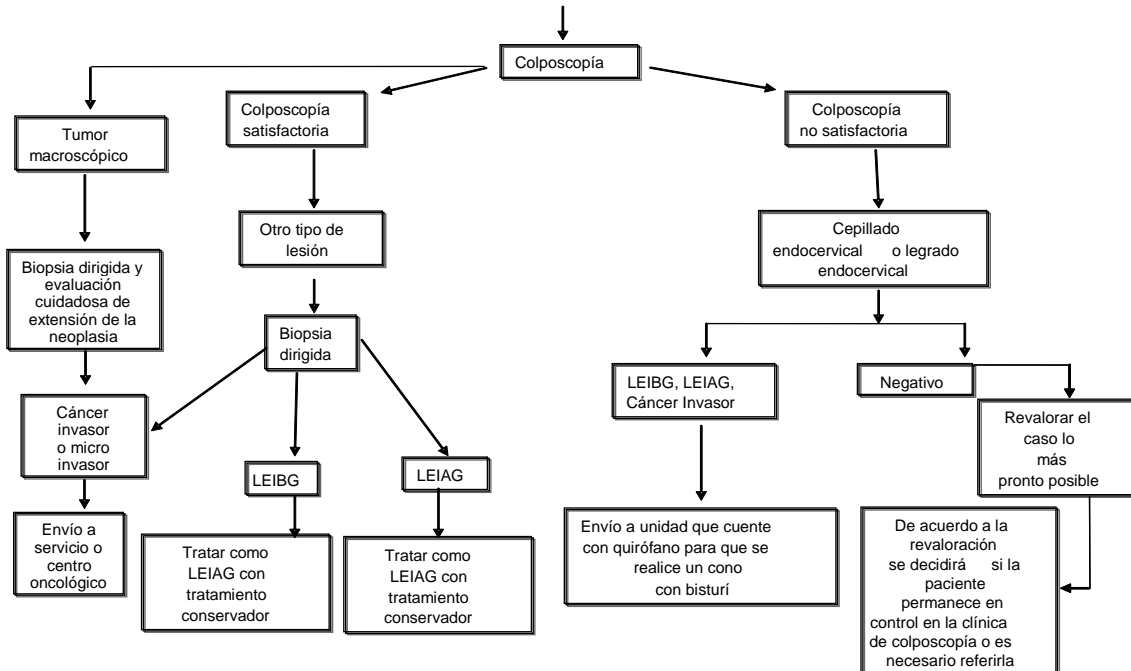


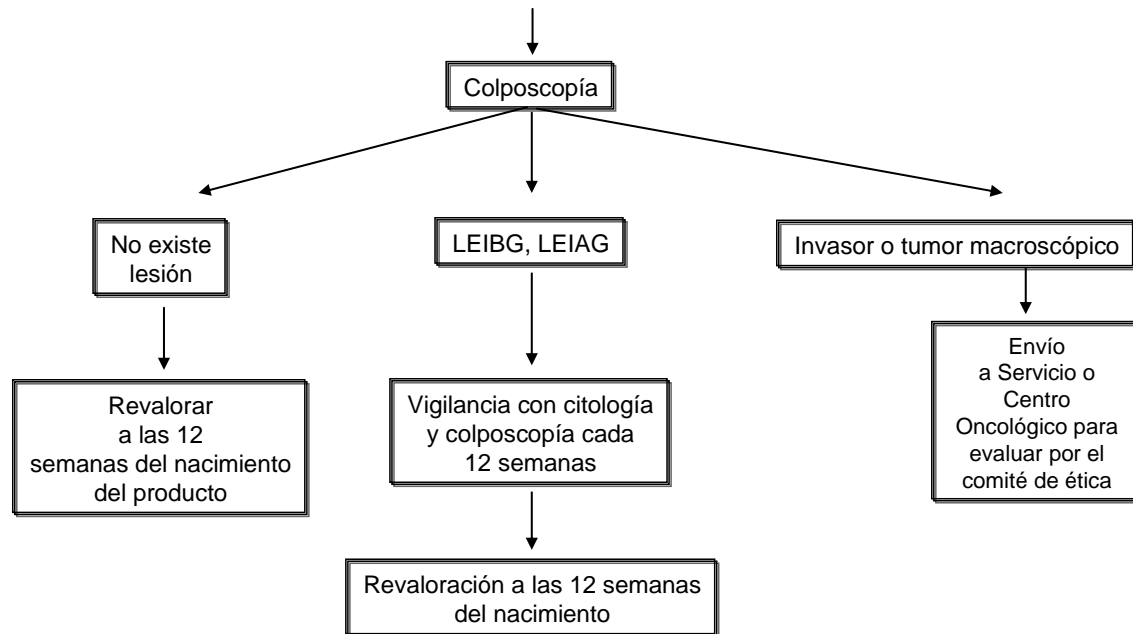
APENDICE NORMATIVO B Citología Lesión Escamosa Intraepitelial de Alto Grado



APENDICE NORMATIVO C

Citología Cáncer Cérvico Uterino Invasor



APENDICE NORMATIVO D**Embarazada y Citología****LEIBG, LEIAG****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

Adam E, Berkova Z, Daxnerova Z, Icenogle J, Reeves WC, Kaufman RH. Papillomavirus detection: demographic and behavioral characteristics influencing the identification of cervical disease. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:257-264.

Apgar colposcopia. Principios y práctica. Mc.Graw Hill pag. 499-503

Bergeron C. The 2001 Bethesda system. *Salud Publica Mex* 2003; 45 Suppl 3:S340-344.

Bingham A, Bishop A, Coffey P, Winkler J, Bradley J, et al. Factors affecting utilization of cervical cancer prevention services in low-resource settings. *Salud Publica Mex* 2003;45 Suppl 3:S408-416.

Bosch FX. Epidemiology of human papillomavirus infections: new options for cervical cancer prevention. *Salud Publica Mex* 2003;45 Suppl 3:S326-339.

Castle PE, Wacholder S, Sherman ME, Lorincz AT, Glass AG, Scott DR, et al. Absolute risk of a subsequent abnormal pap among oncogenic human papillomavirus DNA-positive, cytologically negative women. *Cancer* 2002;95:2145-51.

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

Crum CP. The beginning of the end for cervical cancer? *N Engl J Med* 2002;347:1703-1705.

Cha D, Khosrotehrani K, Kim Y, Stroh H, Bianchi DW, Johnson KL. Cervical cancer and microchimerism. *Obstet Gynecol* 2003;102:774-781.

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

Ferenczy A, Franco E. Cervical-cancer screening beyond the year 2000. Lancet Oncol 2001;2:27-32.

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

Giuliano A. Cervical carcinogenesis: the role of co-factors and generation of reactive oxygen species. Salud Publica Mex 2003;45 Suppl 3:S354-60.

Ley General de Salud, última reforma publicada DOF 19-09-2006.

Mathevet P, Dargent D, Roy M, Beau G. A randomized study comparing three techniques of conization: cold knife, laser, and LEEP. Gynecol Oncol 1994;54:175-179

Nguyen C, Montz FJ, Bristow RE. Management of stage I cervical cancer in pregnancy. Obstet Gynecol Surv 2000;55:633-643.

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

Sankaranarayanan R, Nene BM, Dinshaw K, Rajkumar R, Shastri S, Wesley R, 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:S399-407.

Tolosa HA, S.Dexeus y cols. Conización, indicaciones, técnica. Resultado en 5 años en el Instituto Dexeus. Prog. Obst. Ginecol.1982;25:177-183.

Trimble LE, Liu Trimble C. Chapter Cervical Cancer in Pregnancy Cancer Obstetrics and gynecology. USA Lippincott Williams & Wilkins 1999, p.157-176.

De Villiers EM, Fauquet C, Broker TR, Bernard HU, Zur Hausen H. Classification of papillomaviruses. Virology 2004 20;324:17-27.

Walker P, Dexeus S, De Palo G, Barrasso R, Campion M, Girardi F, et. al. Nomenclature Committee of the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. International terminology of colposcopy: an updated report from the International Federation for Cervical pathology and Colposcopy.Obstet Gynecol 2003;101:175-7.

Wright TC Jr, Schiffman M, Solomon D, Cox JT, Garcia F, Goldie S, et. al. Interim guidance for the use of human papillomavirus DNA testing as an adjunct to cervical cytology for screening. Obstet Gynecol 2004; 103:304-9.

Wright TC Jr, Cox JT, Massad LS, Carlson J, Twigg LB, Wilkinson EJ; American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. 2001 consensus guidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasia. Am J Obstet Gynecol 2003;189:295-304.

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, D.F., a 18 de mayo de 2007.- El Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, **Mauricio Hernández Avila.**- Rúbrica.

SECRETARIA DE SALUD**MODIFICACION a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y mamario en la atención primaria, para quedar como 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.

MODIFICACION A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-014-SSA2-1994, PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DEL CÁNCER DEL CUELLO DEL ÚTERO Y MAMARIO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA, PARA QUEDAR COMO NOM-014-SSA2-1994, PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, CONTROL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER CERVICO UTERINO.

GREGORIO PEREZ-PALACIOS, Director General de Salud Reproductiva, por acuerdo 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; 3o. fracción XVI, 13 apartado A) fracciones I y III, 158, 159, 160 y 161 de la Ley General de Salud; los artículos 38, fracción II, 40, fracciones III y XI, 41, 43, 45, 46, 47 y 51 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 17, fracción III, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación en el **Diario Oficial de la Federación** de la Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la Prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y mamario en la atención primaria, para quedar como NOM-014-SSA2-1994, para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino.

CONSIDERANDO

Que en el marco del Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 es prioritaria la reducción de la morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino, ya que se cuenta con la tecnología para realizar el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno.

Que en este contexto, el concepto integral de salud reproductiva debe entenderse como el estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos.

Que esta visión holística considera que toda la población debe tener acceso a información amplia y a una gama de servicios de salud reproductiva accesibles y aceptables, la misión de la salud reproductiva comprende pilares esenciales como la planificación familiar, salud perinatal, salud de la mujer, incluyendo el riesgo preconcepcional, detección oportuna y manejo de las neoplasias del tracto reproductor femenino, la atención del climaterio y de la posmenopausia.

Que un componente de particular relevancia es la incorporación de la perspectiva de género en todas las actividades de normatividad, educación-comunicación, prestación de servicios, investigación y evaluación en materia de salud reproductiva, tendientes a asegurar relaciones equitativas entre los géneros con igualdad de oportunidades.

Que para lograr el propósito anterior es necesario elevar la cobertura de la detección y fortalecer la productividad de los servicios, así como mejorar la calidad de la atención que se proporciona en la materia.

Que, una vez presentado el anteproyecto ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, con fecha 1 de agosto de 1997, en cumplimiento del acuerdo del citado Comité y de lo previsto en el artículo 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se publicó en el **Diario Oficial de la Federación** el proyecto de modificación de la presente Norma Oficial Mexicana, a efecto de que dentro de los siguientes sesenta días naturales, posteriores a dicha publicación los interesados presentaran sus comentarios al Comité.

Que con fecha 2 de marzo de 1998, fueron publicadas en el **Diario Oficial de la Federación** las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité, en términos del artículo 47 fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Que en atención de las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, se expide la siguiente modificación a la NOM-014-SSA2-1994, para quedar como sigue:

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-014-SSA2-1994 PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, CONTROL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER CERVICO UTERINO.**PREFACIO**

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

SECRETARIA DE SALUD

SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL Dirección General de Sanidad Militar

SECRETARIA DE MARINA Dirección General de Sanidad Naval
PETROLEOS MEXICANOS Gerencia de Servicios Médicos
INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD DEL D. F.
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO HOSPITAL GENERAL "DR.
MANUEL GEA GONZALEZ" INSTITUTO NACIONAL DE DIAGNOSTICO Y REFERENCIA
EPIDEMIOLOGICOS INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA INSTITUTO NACIONAL DE
PERINATOLOGIA INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL COORDINACION GENERAL DEL PROGRAMA IMSS-
SOLIDARIDAD INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO INSTITUTO NACIONAL INDIGENISTA CONSEJO NACIONAL DE POBLACION
COORDINACION EJECUTIVA DEL PROGRAMA NACIONAL DE LA MUJER SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO
ACADEMIA MEXICANA DE MEDICINA ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA ASOCIACION
MEXICANA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA FEDERACION MEXICANA DE ASOCIACIONES DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA SOCIEDAD MEXICANA DE ESTUDIOS ONCOLOGICOS

INDICE

0. INTRODUCCION
1. OBJETIVO Y CAMPO DE APLICACION
2. REFERENCIAS
3. DEFINICIONES Y TERMINOLOGIA
4. SIMBOLOS Y ABREVIATURAS
5. GENERALIDADES DE LA NORMA
6. PREVENCION
7. DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y CONTROL
8. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
9. EDUCACION CONTINUA Y ACTUALIZACION
AL PERSONAL DE SALUD
10. CONTROL DE CALIDAD
11. EVALUACION
12. APENDICES NORMATIVOS
APENDICE A NORMATIVO, PACIENTE CON CITOLOGIA CON VPH
APENDICE B NORMATIVO, PACIENTE CON CITOLOGIA CON DISPLASIAS, NIC: 1- 2- 3
APENDICE C NORMATIVO, PACIENTE CON CITOLOGIA
CERVICAL ANORMAL Y COLPOSCOPIA INSATISFACTORIA
APENDICE D NORMATIVO, PACIENTE CON CITOLOGIA CON DIAGNOSTICO DE CA.CU.
INVASOR
APENDICE E NORMATIVO, PACIENTE EMBARAZADA CON CITOLOGIA CON DISPLASIA O
POSITIVO A CANCER
13. CONCORDANCIA CON NORMAS O RECOMENDACIONES INTERNACIONALES Y NORMAS
MEXICANAS
14. BIBLIOGRAFIA
15. OBSERVANCIA DE LA NORMA
16. 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.

Según cifras del registro histopatológico de neoplasias, en México en el año de 1995, se registraron 15,749 nuevos casos de esta neoplasia y el número de muertes por la misma causa fue de 4,392.

En los países en que se tienen campañas de detección adecuados con el estudio citológico cervical, se ha observado una importante disminución de la incidencia y mortalidad por cáncer cérvico uterino, atribuible a la detección de las lesiones precursoras y preinvasoras, displasias o neoplasias intraepiteliales cervicales en las que el diagnóstico oportuno ofrece la posibilidad de tratamiento exitoso a un menor costo, tanto social como para los servicios de salud.

Si bien se han resuelto muchas interrogantes sobre la etiología del cáncer cérvico uterino y se encuentran en desarrollo alternativas terapéuticas y de prevención, lograr altas coberturas de detección temprana a través del estudio citológico Papanicolaou, garantizando un nivel adecuado de calidad de los procedimientos de los laboratorios de citología, así como del tratamiento y seguimiento de las mujeres afectadas, constituirá el eje fundamental del Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino.

Debido a que en nuestro país el perfil epidemiológico muestra incremento en la incidencia de esta enfermedad, 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.

Será también importante lograr una participación activa de la comunidad en la solución de este problema de salud, lo cual se logrará mediante la enseñanza, difusión y concientización de los riesgos y complicaciones de la misma.

Los beneficios que se esperan obtener de la aplicación de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino, son una reducción de la morbilidad y mortalidad que este padecimiento 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 en los establecimientos que prestan servicios de atención de los sectores público, privado y social que realicen acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia del cáncer cérvico uterino y se dará especial atención a las áreas rurales e indígenas a través de estrategias de extensión de la cobertura y a las zonas urbano-marginales.

2. Referencias

Para la correcta aplicación de esta Norma es conveniente consultar el siguiente proyecto de Norma Oficial Mexicana.

Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, para la Vigilancia Epidemiológica.

3. Definiciones y terminología

Para los fines de esta norma son aplicables las siguientes definiciones:

3.1 Biopsia: Extracción y examen microscópico con fines de diagnóstico, de tejidos u otras materias procedentes de un organismo vivo.

3.2 Cáncer: Tumor maligno en general, es la pérdida de control del crecimiento y división de las células que puede invadir y destruir estructuras adyacentes y propagarse a sitios alejados para causar la muerte.

3.3 Carcinoma 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.

3.4 Carcinoma micro invasor del cuello uterino: 1 a 1 invasión mínima al estroma no mayor a 1 mm., 1 a 2 invasión al estroma menor de 5 mm. y con una extensión horizontal no mayor de 7 mm.

3.5 Centro oncológico: Área independiente o adscrita a una unidad hospitalaria reservada principalmente para el diagnóstico y tratamiento a pacientes que padecen afecciones específicas de lesiones precursoras y cáncer.

3.6 Cepillado endocervical: Obtención de células del canal endocervical a través de un cepillo.

3.7 Citología cérvical: Es la toma de muestra de las células del endocérvix y exocérvix. Es uno de los métodos para detectar en etapas tempranas el cáncer cérvico uterino. También conocida como Papanicolaou.

3.8 Clínica de displasias: Departamento o servicio dentro de un hospital general o centro oncológico con una área física adecuada (sala de espera, sala de entrevista y sala de exploración); equipo básico adecuado (colposcopio estereoscópico de alta resolución y una unidad de electrocirugía de alta frecuencia), así como al menos un médico capacitado, donde se realiza el diagnóstico colposcópico y tratamiento conservador de las lesiones premalignas y malignas intraepiteliales del cérvix.

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

3.10 Conización: Resección de una lesión de la zona de transformación del cuello uterino con una profundidad no menor a 5 mm. También se denomina cilindro o cono diagnóstico.

3.11 Criocirugía: Aplicación de temperatura inferior a cero grados centígrados, que alcanza el punto de congelación en las células produciendo la muerte celular.

3.12 Displasia: Anomalía de desarrollo con pérdida de la estructura del epitelio, con alteraciones en la morfología de sus componentes celulares.

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

3.14 Epidemiología: Referente al estudio del comportamiento de una enfermedad en una población, lugar y tiempo determinados.

3.15 Hibridación: Prueba diagnóstica basada en el reconocimiento e identificación de la estructura homóloga del DNA de un organismo celular.

3.16 Hiperplasia atípica: Multiplicación anormal de las células que constituyen un tejido.

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

3.18 Histopatología: Estudio de la composición y estructura microscópica de los tejidos.

3.19 Incidencia: Frecuencia de la presentación de los casos nuevos de una enfermedad o daño en una población, lugar y tiempo determinados.

3.20 Láser: Uso de la energía fotónica para la destrucción o escisión de las lesiones y las zonas de transformación del cuello uterino (Light amplification stimulated emission of radiation).

3.21 Legrado endocervical: Intervención instrumental que consiste en raspar con una cucharilla una superficie dada, especialmente la del canal endocervical.

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

3.23 Mortalidad: Medida de frecuencia de las defunciones que ocurren en una población, lugar y tiempo determinado.

3.24 Neoplasia: Formación de tejido nuevo de carácter tumoral.

3.25 Perspectiva de género: Es una visión analítica en búsqueda de la inequidad entre hombres y mujeres, con igualdad de oportunidad.

4. Símbolos y abreviaturas

4.1 COMITE: Comité Nacional para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino y Mamario.

4.2 CONAVE: Consejo Nacional para la Vigilancia Epidemiológica.

4.3 INDRE: Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, SSA.

4.4 NIC: Neoplasia Intraepitelial Cervical.

4.5 NOM: Norma Oficial Mexicana.

4.6 OMS: Organización Mundial de la Salud.

4.7 OPS: Organización Panamericana de la Salud.

4.8 VPH: Virus del Papiloma Humano.

4.9 SINAVE: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

5. Generalidades de la Norma

5.1 La prevención, que incluye la detección, se llevará a cabo por medio de la citología cervical será gratuita en las unidades médicas del Sector Público.

5.2 Las pacientes con reporte citológico de infección por virus del papiloma humano, displasia moderada, severa o cáncer, deberán referirse a una clínica de displasias o centro oncológico, para la confirmación diagnóstica por estudio histopatológico y para el tratamiento y control, según corresponda; exentando de pago en el Sector Público a las mujeres de bajos recursos económicos, asegurando su atención médica. Se deberá dar apoyo psicológico de acuerdo con los procedimientos de atención integral para las pacientes con cáncer. Respecto a los periodos de referencia, se determinarán de acuerdo con la patología y grado de severidad, quedando establecido dentro del programa operativo.

5.3 El diagnóstico presuncional de cáncer cérvico uterino se puede establecer por examen clínico, citología de cuello uterino y/o colposcopia. El diagnóstico definitivo se establece únicamente con el examen histopatológico.

5.4 El cáncer del cuello del útero se debe codificar de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión (OMS-OPS) como sigue:

5.4.1 Displasias:

N87 Displasias del 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 (DO6).

N87.9 Displasia del cuello del útero, no especificada.

5.4.2 Carcinoma in situ del cuello uterino.

DO6 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 (DO3.5).

DO6.0 Carcinoma in situ del endocérvix.

DO6.1 Carcinoma in situ del exocérvix.

DO6.7 Carcinoma in situ de otras partes especificadas del cuello del útero.

DO6.9 Carcinoma in situ del cuello del útero, parte no especificada.

5.4.3 Tumor maligno del cuello del útero.

C53 Tumor maligno del cuello del útero.

C53.0 Tumor maligno del endocérvix.

C53.1 Tumor maligno de exocérvix.

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

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

5.5 Las instituciones del Sector Público cuentan con sistemas de información, supervisión y evaluación que permiten verificar la difusión y conocimiento de la norma; en el sector privado la verificación será realizada por la Secretaría de Salud.

6. 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 tempranamente alteraciones citológicas.

6.1 Promoción de la salud

Se enfoca a la población en general y especialmente a las mujeres y sus parejas. Incluye acciones de educación para la salud, participación social y capacitación a promotores institucionales y comunitarios.

6.1.1 Actividades de Educación para la Salud.

-Informar a la población en general sobre la importancia de la enfermedad, los factores de riesgo y las posibilidades diagnósticas y terapéuticas.

-Alentar la demanda de atención médica oportuna, periódica y de alta calidad con fines de detección y en su caso de tratamiento, garantizando la información suficiente de la usuaria acerca de lo que significa la intervención para la detección y/o tratamiento, así como el consentimiento informado de las mujeres, aunque no sea por escrito, en los casos que señalan los artículos 80 y 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

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

6.1.2 Actividades de Participación Social.

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

-Concertar y coordinarse con el sector educativo, especialmente de nivel medio y superior, para que el tema se trate en el ámbito de la educación formal.

-Invitar a las agrupaciones gremiales y centros laborales a organizar campañas intensivas de detección oportuna de cáncer cérvico uterino, entre su población femenina.

-Impulsar a que asociaciones de profesionales del campo de la salud, de la comunicación y organismos no gubernamentales, participen en la vigilancia de la calidad, oportunidad y veracidad de la información que se proporcione a la población, conforme a lo establecido en las disposiciones aplicables.

Las instituciones del Sector Público y organizaciones civiles, establecerán mecanismos de reconocimiento al personal profesional del área de salud, que participe como promotores en este programa.

-Capacitar a promotores institucionales y voluntarios, de acuerdo con los lineamientos y contenidos que señale el Comité y los que se deriven de esta Norma.

6.2 Factores de riesgo para el cáncer del cuello del útero:

- Mujer en el grupo de 25 a 64 años de edad

- Inicio temprano de relaciones sexuales (antes de los 18 años)

- Múltiples parejas sexuales (tanto del hombre como de la mujer)

- Infección cervical por virus del papiloma humano

- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual

- Tabaquismo

- Deficiencia de folatos y vitaminas A, C y E

- Nunca haberse practicado el estudio citológico

6.3 Detección oportuna.

6.3.1 El estudio de citología cervical es el método de elección para la detección oportuna del cáncer del cuello del útero.

6.3.2 La citología cervical se realizará cada tres años en aquellas mujeres con dos citologías previas anuales consecutivas, con resultado negativo a infección por Virus del Papiloma Humano, displasias o cáncer; las mujeres con los problemas anteriores, serán objeto de un seguimiento en una clínica de

displasias y, cuando sean dadas de alta, reiniciarán la periodicidad anual. Las mujeres con resultados positivos a procesos inflamatorios inespecíficos deberán continuar con exámenes anuales hasta que haya dos resultados consecutivos negativos. En las instituciones del Sector Público la citología deberá practicarse gratuitamente, sin exclusión de ninguna mujer solicitante por razones económicas o de edad, pudiéndose brindar el servicio a quien lo solicite con mayor periodicidad.

6.3.3 Para la toma satisfactoria de la citología cérvico vaginal es necesaria la observación directa del cuello uterino mediante el espejo vaginal, tomando una muestra suficiente del exocervix y endocervix previo consentimiento informado de la mujer, y que no esté menstruando, eliminándose otras barreras de los servicios y de las usuarias.

7. Diagnóstico, tratamiento y control

7.1 El perfil de riesgo en el cáncer cérvico-uterino es la mujer con edad de 25 a 64 años, con vida sexual activa o antecedente de haber tenido vida sexual, que no se ha realizado estudios previos de citología cervical y presenta cuadros repetitivos de infecciones transmitidas sexualmente.

7.2 Para establecer el diagnóstico del cáncer del cuello del útero se requiere la presencia de células de aspecto maligno en el estudio citológico, imágenes de apariencia maligna en la colposcopia y la confirmación por el estudio histopatológico.

7.3 El resultado del estudio citológico es descriptivo y debe ser informado de la siguiente manera:

- a.- Negativo a cáncer.
- b.- Negativo con proceso inflamatorio.
- c.- Displasia leve (NIC 1).
- d.- Displasia moderada (NIC 2).
- e.- Displasia grave (NIC 3).
- f.- Cáncer del cuello del útero in situ (NIC 3).
- g.- Cáncer microinvasor e invasor.
- h.- Adenocarcinoma.
- i.- Maligno no especificado.

7.4 Hallazgos adicionales:

- a.- Imagen del virus del papiloma humano.
- b.- Imagen del virus del herpes.
- c.- Tricomonas.
- d.- Bacterias.
- e.- Hongos.
- f.- Otras alteraciones (especifique).

7.5 El resultado colposcópico debe describir las lesiones y notificarse como sigue:

- a.- Sin alteraciones.
- b.- Alteraciones inflamatorias inespecíficas.
- c.- VPH.
- d.- NIC.
- e.- Neoplasia invasora.
- f.- Otros (polipos, quistes, fibromas, adenosis, etc.).

7.6 El resultado histopatológico debe ser informado de la siguiente manera:

- a.- Tejido de cérvix normal.
- b.- Cervicitis aguda o crónica.
- c.- Infección viral (herpes, papiloma humano).
- d.- Displasia leve (NIC 1).
- e.- Displasia moderada (NIC 2).
- f.- Displasia severa (NIC 3).
- g.- Cáncer in situ (NIC 3).
- h.- Cáncer microinvasor.
- i.- Cáncer invasor.
- j.- Adenocarcinoma (endocervical o endometrial).
- k.- Sarcoma y otros tumores.
- l.- Maligno no especificado.
- M.- Insuficiente para diagnóstico.

7.7 Las pacientes con citología cervical de infección por virus del papiloma humano deben enviarse a una clínica de displasias en donde se llevará a cabo el estudio colposcópico (Apéndice A normativo).

7.7.1 El médico citólogo y/o patólogo debe avalar, mediante su rúbrica, el 100% de las cédulas de resultados de casos positivos a cáncer y de displasias.

7.7.2 Si la colposcopia es satisfactoria y sin evidencia de lesión o infección por VPH, se mantendrá el control con citología y examen colposcópico anual.

7.7.3 Si la colposcopia es satisfactoria y existe evidencia de infecci3n por VPH se debe tomar una biopsia dirigida.

7.7.3.1 Si la biopsia dirigida es negativa o concluyente de infecci3n por VPH, se mantendr1 en control con citolog1a y colposcopia anual.

7.7.3.2 Si la biopsia dirigida es reportada como NIC de cualquier grado se realizar1 tratamiento conservador (crioterapia, l1aserterapia o electrocirug1a) de acuerdo con la disponibilidad, la paciente continuar1 en control con citolog1a y colposcopia cada seis meses.

7.7.3.3 Si la biopsia dirigida reporta c1ncer microinvasor o invasor la paciente se transferir1 a un centro oncol3gico para su tratamiento correspondiente.

7.8 Las pacientes con resultado citol3gico de alteraciones inflamatorias o displasia leve (NIC 1) deben recibir tratamiento en la unidad m1dica de atenci3n y el control semestral con estudio citol3gico.

7.8.1 En caso de colposcopia satisfactoria negativa a lesi3n y con cepillado endocervical negativo, se continuar1 su control con citolog1a y colposcopia anual.

7.8.1.1 Las pacientes con resultado citol3gico de displasia (NIC: 2, 3), se transferir1n a una cl1nica de displasias para su estudio por medio de colposcopia y cepillado endocervical (Ap1ndice B normativo).

7.8.1.2 En caso de colposcopia satisfactoria negativa a lesi3n y con cepillado endocervical positivo se realizar1 conizaci3n (cilindro o cono diagn3stico).

7.8.1.3 En caso de colposcopia satisfactoria con evidencia de lesi3n (NIC 1, 2, 3), se realizar1 biopsia dirigida.

7.8.1.4 En caso de biopsia negativa se continuar1 su control por medio de dos citolog1as y colposcopia semestrales, si sigue negativa darse de alta.

7.8.1.5 En caso de biopsia positiva (NIC 1, 2, 3), se debe realizar tratamiento conservador (electrocirug1a, l1aserterapia o crioterapia), de acuerdo con la disponibilidad de cada instituci3n.

7.9 Las pacientes con citolog1a de VPH, displasias y NIC de cualquier grado, pasar1n a la cl1nica de displasias para su diagn3stico y tratamiento, que se abordar1 de la siguiente forma: Se realizar1 colposcopia y legrado endocervical o conizaci3n diagn3stica (Ap1ndice C normativo).

7.9.1 Si el legrado endocervical o cono diagn3stico fuera negativo, se continuar1 su control por medio de citolog1a y colposcopia cada tres y seis meses.

7.9.2 Si el legrado endocervical o cono diagn3stico fuera positivo a NIC 1, 2, 3 con bordes negativos, se continuar1 control con citolog1a y colposcopia cada seis meses.

7.9.2.1 Si el legrado endocervical o cono diagn3stico fuera positivo a NIC 1, 2, 3 y bordes positivos o diagn3stico de c1ncer microinvasor, pasar1 a tratamiento con histerectom1a extrafascial.

7.10 Las pacientes con citolog1a de c1ncer c1rvico uterino microinvasor o invasor, seguir1n el siguiente esquema. Ap1ndice D normativo.

7.10.1.1 Las pacientes con un tumor no macrosc3pico, pasar1n a la cl1nica de displasias.

7.10.1.2 Si la colposcopia es satisfactoria con evidencia de lesi3n, se tomar1 biopsia dirigida.

7.10.1.2.1 La biopsia dirigida con diagn3stico de displasia (NIC 1, 2, 3), debe ser tratada con conizaci3n y su control ser1 con citolog1a y colposcopia anual.

7.10.1.2.2 La biopsia dirigida con el diagn3stico de microinvasi3n, se realizar1 por medio de biopsia amplia (cono-diagn3stico).

7.10.1.2.2.1 Si el reporte de biopsia por cono fuera confirmatorio de c1ncer microinvasor sin permeabilidad linfovascular, sin confluencia, se tratar1 con histerectom1a extrafascial simple.

7.10.1.2.2.2 Si el reporte de esta biopsia amplia fuera confirmatorio de c1ncer microinvasor con permeaci3n linf1tica, se debe transferir a la paciente a un centro oncol3gico para su tratamiento.

7.10.1.2.3 Si la biopsia dirigida fuera reportada como c1ncer invasor, se debe transferir a la paciente a un centro oncol3gico para su tratamiento.

7.10.2 Las pacientes con citolog1a de c1ncer c1rvico uterino invasor y tumor macrosc3pico, se transferir1n a un centro oncol3gico para su tratamiento.

7.11 Las pacientes embarazadas que presenten cualquier imagen alterada en su estudio citol3gico pasar1n a la cl1nica de displasias para su diagn3stico. Ap1ndice E normativo.

7.11.1 Con citolog1a de displasia (NIC 1, 2, 3) o invasor sin tumor visible, pasar1n a colposcopia para su diagn3stico.

7.11.1.1 Con confirmaci3n histol3gica de NIC 1, 2, 3 pasar1n a vigilancia y su tratamiento se har1 en el puerperio.

7.11.1.2 Si el resultado histol3gico obtenido de una biopsia amplia por cono, es de c1ncer microinvasor, la paciente pasar1 a tratamiento en un centro oncol3gico.

7.11.1.3 Paciente con citolog1a de invasor y embarazo con tumor visible, pasar1 a su tratamiento en un centro oncol3gico.

7.11.1.4 A las pacientes con diagn3stico de c1ncer se les deber1 proporcionar apoyo psicol3gico.

8. Vigilancia epidemiol3gica

8.1 El Sistema para la Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino se deriva del Sistema Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), que cumple con las disposiciones del Consejo para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE) y coincide con lo establecido en el proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994.

8.2 Es un sistema activo que establece la búsqueda intencionada de los casos en las unidades de salud, en las áreas de elevado riesgo epidemiológico y a través de los certificados de defunción.

8.3 Requieren ser objeto de estudio epidemiológico los casos probables y confirmados de displasia leve, moderada y severa, el cáncer in situ, el cáncer microinvasor, el invasor, el adenocarcinoma y el maligno no especificado.

8.4 El estudio epidemiológico del cáncer cérvico uterino implica el llenado de los siguientes formatos en todas las instituciones de salud: Solicitud y Reporte de Resultados de Citología Cervical y el Reporte Mensual de Detecciones del Cáncer Cérvico Uterino.

8.5 El virus de papiloma humano 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.

8.6 Son motivo de registro nominal estatal los casos nuevos confirmados de:

- displasia leve
- displasia moderada
- displasia severa
- cáncer in situ
- cáncer microinvasor e invasor

8.7 El registro nominal es una elemento de la vigilancia epidemiológica cuyo objeto es recabar la información referente a los factores de riesgo, los tratamientos que se brindan a los casos de displasia y cáncer, el seguimiento que se hace en las pacientes y sus resultados, para contribuir al conocimiento del comportamiento epidemiológico del padecimiento y a la evaluación de las acciones que se desarrollan para su control.

8.8 El registro nominal se elabora a partir de la información generada por las clínicas de displasias y de especialidad y se transmite al nivel estatal a través del formato de Registro Nominal de Displasias y Cáncer Cérvico Uterino, o por medios electrónicos, de conformidad con los mecanismos establecidos para cada institución en el CONAVE.

8.9 El seguimiento de los casos se lleva a cabo a nivel estatal y se transmite al nivel nacional por medio del formato Informe Trimestral de las Pacientes con Displasias y Cáncer Cérvico Uterino, o por medios electrónicos, de acuerdo a los mecanismos establecidos en el CONAVE.

8.10 En la vigilancia epidemiológica de la mortalidad por cáncer cérvico uterino, se debe realizar un análisis del 30% de los certificados de defunción a nivel estatal y local que identifiquen al cáncer cérvico uterino como causa básica o asociada, en las áreas de elevado riesgo epidemiológico.

9. Educación continua y actualización al personal de salud

9.1 Para la educación al personal de salud se tomarán en cuenta el perfil de riesgo de la población, así como las necesidades institucionales, las características del personal y responsabilidad del mismo, el perfil cultural de la población y su entorno social.

9.2 Para el ejercicio de las actividades en citología y colposcopia, se requiere de certificación, diploma o constancia, legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.

9.3 Las Instituciones del Sector Público deberán desarrollar el plan único de capacitación y actualización para citotecnólogos, médicos patólogos, citólogos y colposcopistas, conforme a lineamientos elaborados para el programa de prevención y control de cáncer cérvico uterino por el Grupo Interinstitucional, para el programa de prevención y control del cáncer cérvico uterino.

9.4 Para la formación de citotecnólogos y médicos adiestrados en colposcopia en las instituciones del Sector Salud, se deberá aplicar el Programa único elaborado por el Comité. Asimismo, se promoverá la aplicación de este Programa ante las autoridades educativas y las instituciones de educación superior.

9.5 La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas y las instituciones de salud promoverán, en coordinación con las autoridades educativas, la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos que se requiera, de acuerdo con las necesidades del país.

9.6 La elaboración de las cartas descriptivas, la adecuación del material a sus propias condiciones y el material de apoyo necesario será responsabilidad de las entidades federativas y las instituciones de salud; en coordinación con la Dirección General de Enseñanza en Salud SSA.

9.7 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.

9.8 En el nivel estatal las instituciones deben solicitar al nivel nacional la asesoría necesaria para el desarrollo de las actividades; asimismo, coordinar o supervisar a las acciones para que éstas se realicen dentro de las disposiciones derivadas de esta normatividad.

10. Control de calidad

10.1 Para evaluar la calidad del diagnóstico citológico se deben considerar todas las etapas del proceso de detección del cáncer cérvico uterino.

10.1.1 El laboratorio de citología deberá contar con el personal, equipo, reactivos, materiales e insumos necesarios que garanticen su funcionamiento óptimo.

10.2 Los laboratorios que cuenten con tres citotecnólogos deben interpretar y procesar más de 25,000 estudios anuales.

10.3 Para favorecer un control de calidad adecuado, se establecen dos mecanismos:

-El control interno

-El control externo

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

10.5 El control de calidad interno deberá ser aleatorio, sistemático y homogéneo, debe incluir la toma de muestras, la correlación histológica y el monitoreo del personal técnico.

10.6 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 muestras positivas, atípicas y dudosas junto con el citotecnólogo que las leyó. Además, un citotecnólogo con más experiencia deberá hacer una revisión aleatoria de laminillas negativas.

10.7 El control de calidad interno además incluirá la revisión de la calidad de la toma de muestra, la correlación histológica y el monitoreo del personal técnico.

10.8 En todos los resultados citológicos con displasia moderada, grave y positivos a cáncer se hará correlación cito-histológica.

10.9 Cada laboratorio llevará un registro de productividad individual del desempeño por cada citotecnólogo, basado en una producción mínima de 40 laminillas estudiadas por día.

10.10 El resultado del estudio citológico debe ser entregado por el laboratorio en un plazo de 15 días después de haber sido recibido.

10.11 Para el control de calidad externo, respecto de las instituciones públicas, el Comité se encargará de la coordinación de la vigilancia, mediante un grupo de expertos.

10.12 Cada institución deberá realizar visitas periódicas de supervisión por un grupo de expertos que verificará el desarrollo y calidad del control interno, evaluará anualmente las acciones del laboratorio y asesorará al personal e informará a toda la estructura de salud.

10.13 El control de calidad externo incluirá series de laminillas representativas de la patología, y de los problemas técnicos, para evaluar el diagnóstico citológico, que se realiza en los laboratorios de citología.

10.14 Cada citotecnólogo que se identifique con ineficiencia en su tarea, deberá ser capacitado, requiriendo aprobación para su reincorporación al laboratorio.

10.15 El control de calidad de las clínicas de displasias debe ser homogéneo en todas las Instituciones del Sector Público.

10.16 Para establecer un adecuado control de calidad, cada clínica de displasias debe atender un promedio mínimo de 25 pacientes por día, considerando pacientes de primera vez, subsecuentes y tratamientos.

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

10.18 Para el control de calidad en las clínicas de displasias se integrará un grupo nacional 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.

10.19 Cada clínica de displasias deberá contar con la correlación citológica, colposcópica e histopatológica del 100% de los casos recibidos con diagnóstico de displasia y cáncer.

10.20 Es necesario el registro del seguimiento de todos los casos recibidos, colposcopías y biopsias realizadas y tratamientos instituidos.

10.21 Debe registrar el número de lesiones residuales después de tratamiento conservador y número de casos de cáncer invasor después de tratamiento conservador.

11. Evaluación

11.1 Se evaluarán las acciones del programa con base en indicadores de cobertura, proceso y resultado.

11.2 Cobertura: de detección, detección de primera vez, proporción de mujeres con estudios citológicos anormales (displasias, cáncer y VPH), proporción de estudios confirmados por histopatología, proporción de tratamientos según técnicas y seguimiento de los casos (displasias/cáncer).

11.3 Proceso: Calidad de las muestras, rendimiento del laboratorio de citología, rendimiento de las clínicas de displasias, oportunidad en la entrega de los resultados, oportunidad en el envío de la información.

11.4 Impacto: Disminución o incremento de la incidencia, incremento del diagnóstico del cáncer en etapas tempranas, disminución de la mortalidad por cáncer cérvico uterino, disminución de la mortalidad por cáncer cérvico uterino en mujeres de 45 a 64 años.

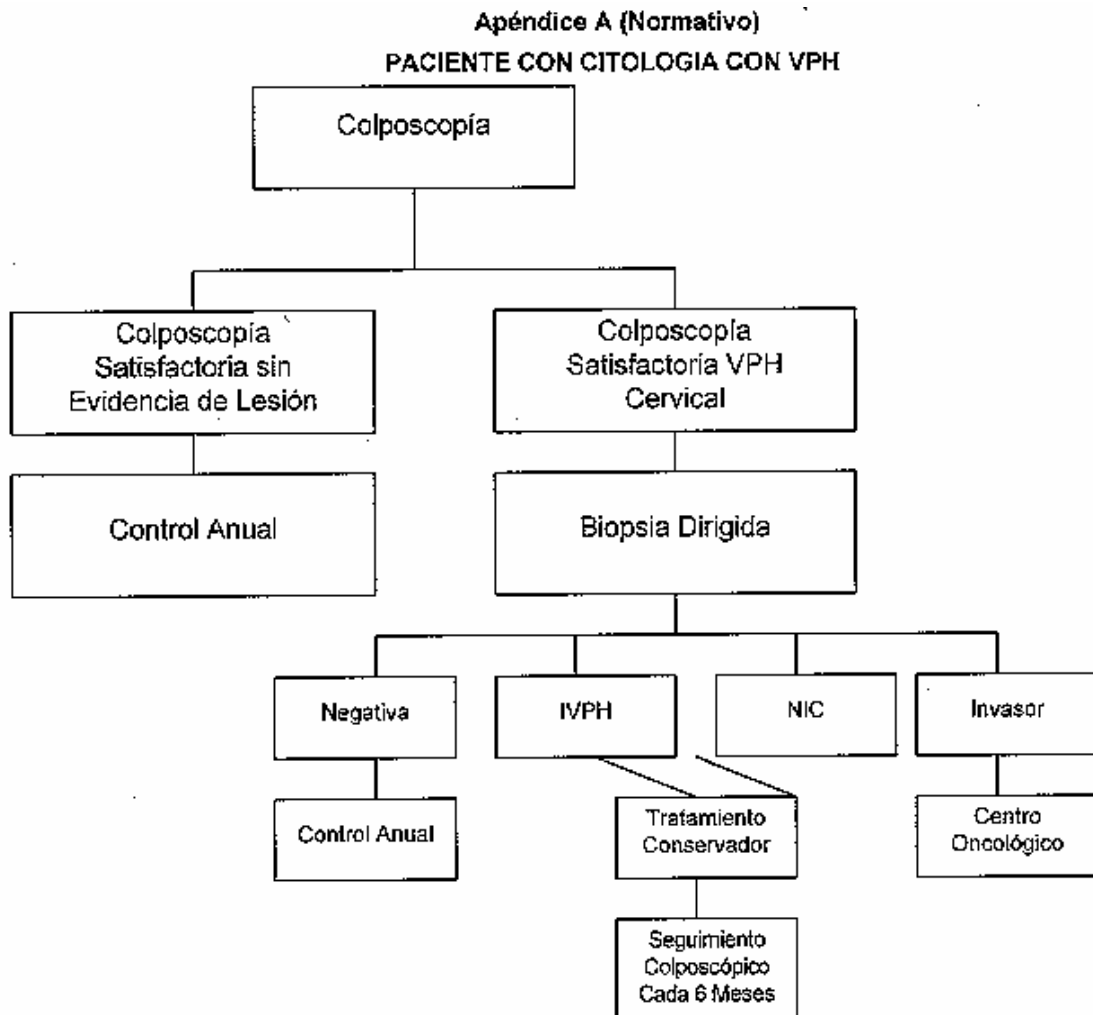
11.5 Las acciones del programa se evaluarán por cada institución y en el seno del grupo interinstitucional correspondiente con periodicidad anual y la evaluación se aplicará en los diversos niveles operativos institucionales.

11.5.1 Para la realización de esta actividad se tomará la información registrada en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino.

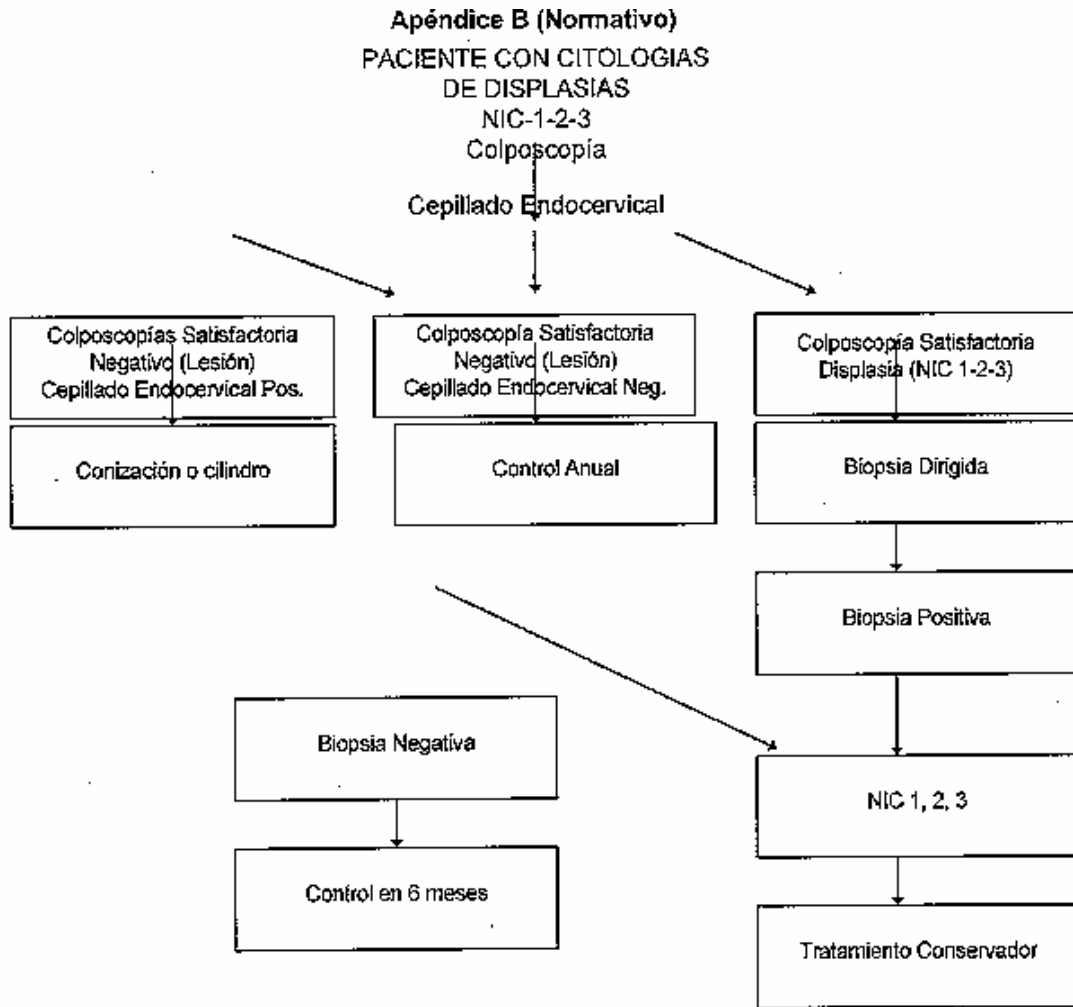
11.6 Se realizará investigación para evaluar la sensibilidad, especificidad de la citología, el lapso de entrega de resultados y para los estudios que se consideren necesarios en situaciones particulares.

11.7 La evaluación del Programa de Cáncer Cérvico Uterino será responsabilidad de la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Salud Reproductiva, en coordinación con las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud.

12. Apéndices normativos



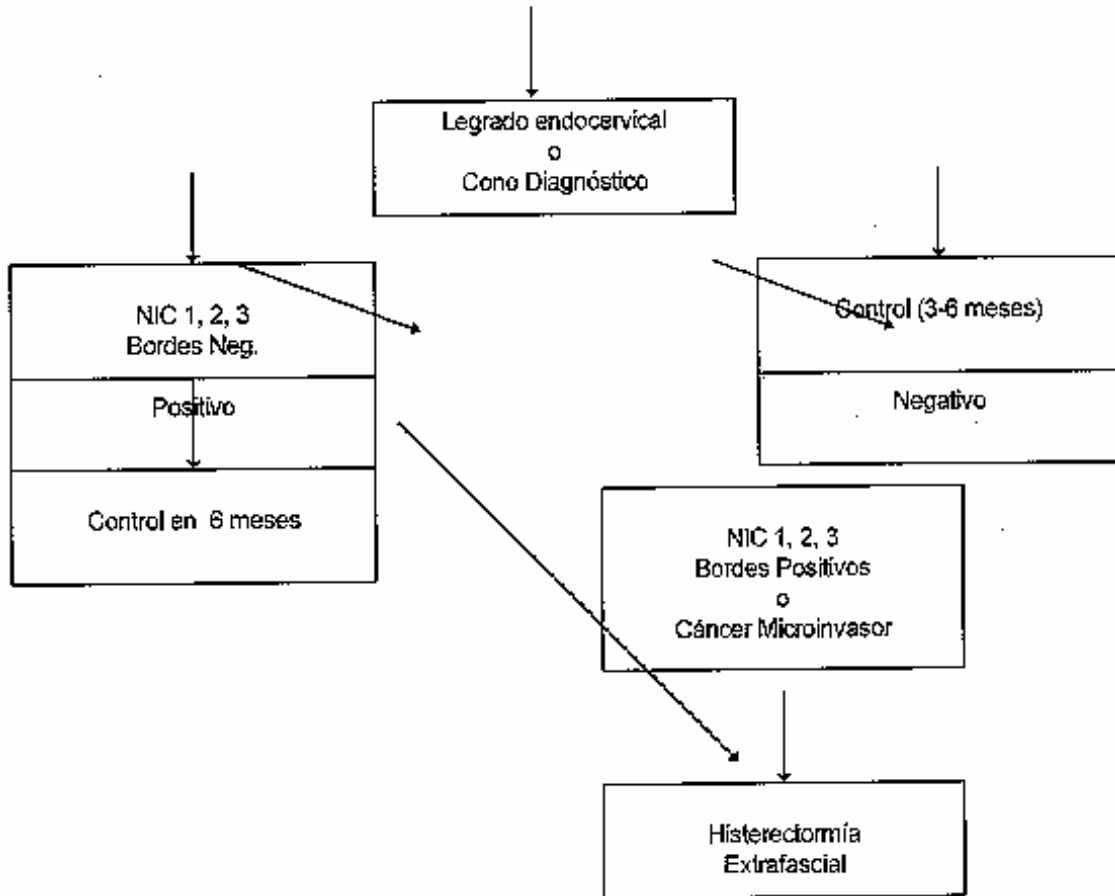
VER IMAGEN 05MR-01.BMP



VER IMAGEN 05MR-02.BMP

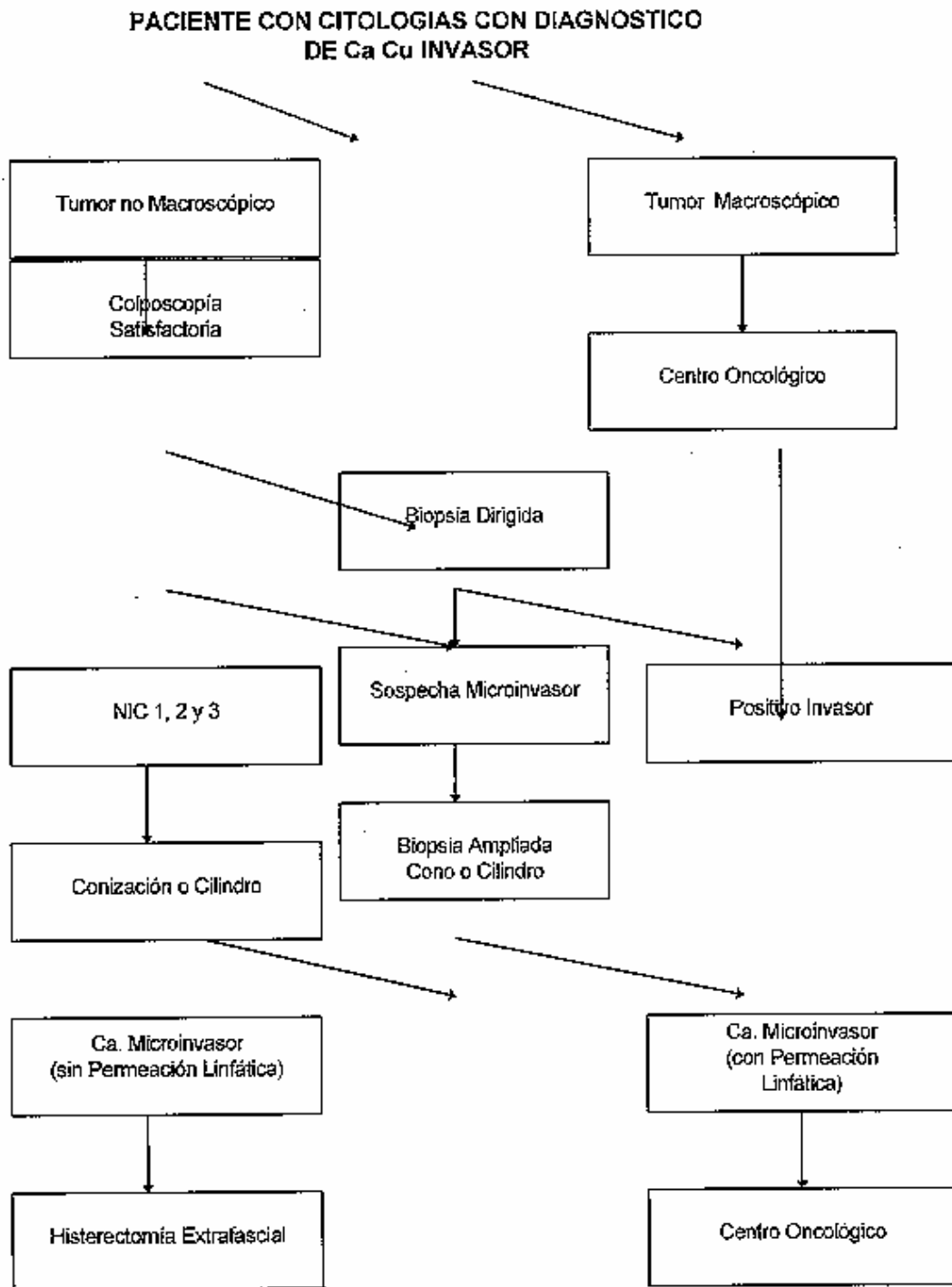
Apéndice C (Normativo)

**PACIENTE CON CITOLOGÍAS CERVICAL ANORMAL
COLPOSCOPIA INSATISFACTORIA**

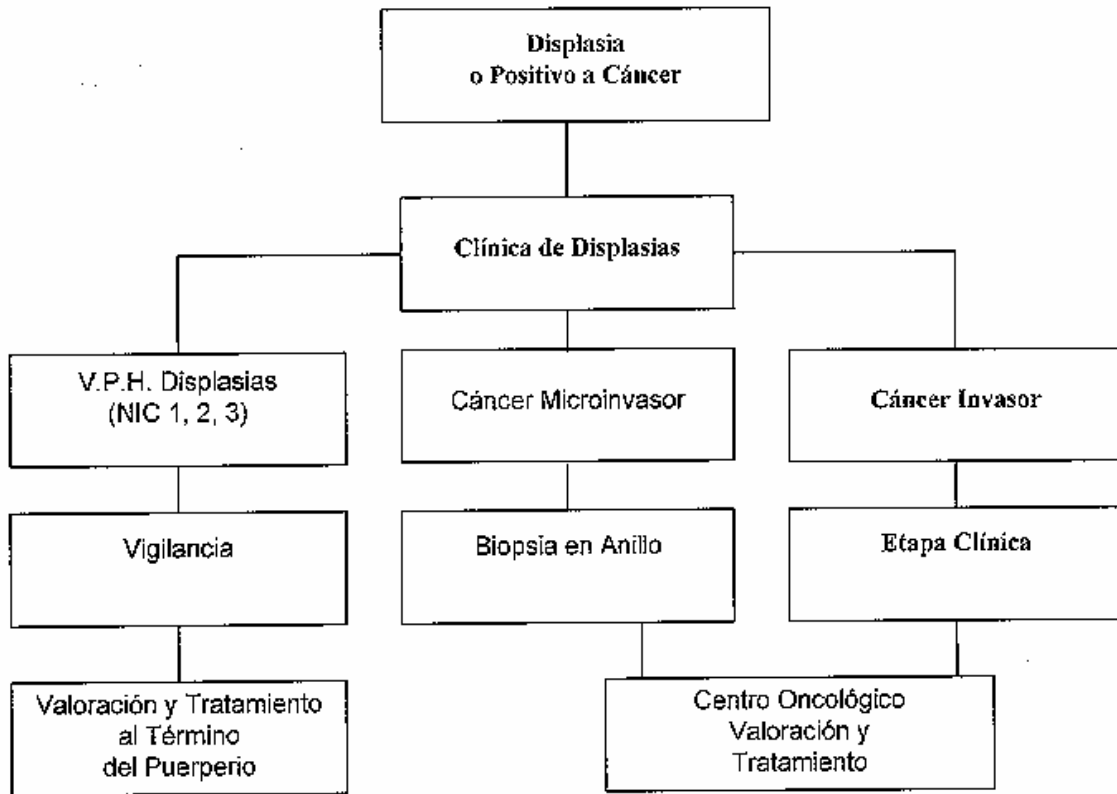


VER IMAGEN 05MR-03.BMP

Apéndice D (Normativo)



Apéndice E (Normativo)
PACIENTE EMBARAZADA CON CITOLOGIA CON
DISPLASIA O POSITIVO A CÁNCER



VER IMAGEN 05MR-05.BMP

13. 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.

Asimismo, no coincide con norma mexicana alguna.

14. Bibliografía

14.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

14.2 Ley General de Salud.

14.3 Aristizábal N, Cuello C, Correa P, Collazos T, Haenszel W. The impact of vaginal cytology on cervical cancer risks in Cali, Colombia, *Int J Cancer* 1984; 34: 5.

14.4 Berrino F, Gatta G, D'Alto M, Crosignani P, Riboli E. Efficacy of screening in preventing invasive cervical cancer: A case-control study in Milan, Italy. Hakama M, Miller AB, Day N, ed *Screening for cervical cancer*. Lyon: IARC Scientific Publication No. 76, 1986: 111.

14.5 Boyes DA, Nichols TM, Millner AM, Worth AJ. Recent results from the British Columbia Screening Program for Cervical Cancer. *Am J Obstet Gynecol* 1977; 128: 692.

14.6 Celentano D, Klassen A, Weisman C, Rosenhein N. Duration of relative protection of screening for cervical cancer. *Prev Med* 1989; 18: 141.

14.7 Clarke A, Anderson T. Does screening by PAP smears help prevent cervical cancer? *Lancet* 1979; 2: 1.

14.8 Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer Cérvico Uterino (Documento mimeografiado). México, ago 1996.

14.9 Day NE. Screening for cancer of the cervix. *J Epidemiol Community Health* 1989; 43: 103.

14.10 Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación. Principales causas de defunción por entidad federativa y grupos de edad, 1990. Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo. Secretaría de Salud, 1992.

14.11 Ebeling K, Nischan P. Assessing the effectiveness of a cervical cancer screening program in the German Democratic Republic Intl J of Technology Assessment in Health Care 3; 1987: 137-47.

14.12 Eddy DM: Screening for cervical cancer. An Intern Med 1990; 113: 214-226.

14.13 Escandón-Romero C, Benítez-Martínez M. Epidemiología del cáncer cérvico uterino en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública 1992; 34 607-614.

14.14 García G. La detección del cáncer del cuello uterino en 75,855 mujeres. Gac Med Méx 1970; 100: 154.

14.15 Geirsson G, Kristiansdóttir R, Sigurdsson K, Moss S, Tilinius H. Cervical cancer screening in Iceland: A case-control study. En: Hakam M, Miller AB, Day N, ed. Screening for cervical cancer. Lyon: IARC Scientific Publication No. 76, 1986: 37.

14.16 Joan Austoker: Cancer prevention in primary care. BMJ: Vol 309 23 julio 1994.

14.17 Johannesson G, Geirsson G, Day NE: The effect of mass screening in Iceland, 1965-1974, on the incidence and mortality of cervical carcinoma. Int J Cancer 1978; 21: 418.

14.18 Hernández-Avila M, López AP. Epidemiología del cáncer en la Ciudad de México. Resultados del registro nacional del cáncer para la Ciudad de México, 988 (En prensa).

14.19 Herrero R, Brinton L, Reeves W, Brens M, Britton R, Gaitán E, Tenorio F. Screening for cervical cancer in Latin America: A case control study. Int J Epidemiol 1992; 21.

14.20 Lazcano-Ponce C, et al. Factores de riesgo reproductivo y cáncer cérvico uterino en la Ciudad de México. Salud Pública Méx. 1993; 35:65-73.

14.21 OPS. Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer de cuello uterino. PALTEX No. 6. 1990: 37-43.

14.22 OMS. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión 1995.

14.23 Ordóñez BR. Avances en la prevención del cáncer cérvico uterino en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública Méx. 1971; 13: 327.

14.24 Raymond L, Obradovic M, Rietton G. Additional results on relative protection of cervical cancer screening according to stage of tumor from the Geneva case-control study. En: Hakama M, Miller AB, Day N, ed Screening for cervical cancer. Lyon: IARC Scientific Publications No. 76, 1986; 107.

14.25 Restrepo HE, González JL, Roberts E, Litvak J. Epidemiología y control del cáncer del cuello uterino en América Latina y el Caribe. Bol of Sanit Panam 1987; 102:578.

14.26 SAS Institute Inc. SAS/STAT guide for personal computers version 6. Cary, NC:SAS Institute Inc, 1987.

14.27 Sepúlveda J, Cervantes M, Frenk J, Gómez LJ, Lezana-Fernández MA, Santos B C. Aspectos básicos de la vigilancia en salud. Salud Pública Méx. 1994:36:70-82.

14.28 Statistics and Epidemiology Research Corporation. EGRET: Epidemiological graphic, estimation and testing package. SERC909 NE 3rd, suite 310, Seattle, WA 98015.

14.29 Tinga DJ, Beentjes AM, Van de Wiel HBM, Boonstra H, Bouma J, Aalders JG. Detection, prevalence and prognosis of asymptomatic carcinoma of the cervix. Obstet Gynecol 1990,:860.

14.30 Van Der Graf Y, Zielhuis G, Peer P, Vooijs P. The effectiveness of cervical screening: A population-based case-control study. J Clin Epidemiol 1988; 41: 21.

15. 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.

16. Vigencia

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

Sufragio Efectivo. No Reelección.

Mexico, D.F., a 2 de marzo de 1998.- El Director General de Salud Reproductiva, **Gregorio Pérez-Palacios**.- Rúbrica.