



Colposcopia para cáncer cervical

Elaborado por

Médicos especialistas en ginecología y obstetricia

Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia

No. **181**



**Guía de práctica clínica
basada en evidencia
(GPC-BE) No. 181**

Colposcopia para cáncer cervical

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de guías de práctica
clínica basadas en la evidencia

Este documento debe citarse como:

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de guías de práctica clínica basadas en la evidencia (GPC-BE)
GPC-BE No. 181 “Colposcopia para cáncer cervical”
Edición 2025; págs.64
IGSS, Guatemala.

Elaboración aprobada por:

Subgerencia de Prestaciones en Salud-IGSS
Oficio No. 3892 del 14 de marzo de 2025

Revisión, diseño y diagramación:

Comisión de guías de práctica clínica basadas en la evidencia;
Subgerencia de Prestaciones en Salud.

IGSS-Guatemala

ISBN: 978-99939-56-08-2

Derechos reservados-IGSS-2025

Se autoriza la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio, siempre que su propósito sea para fines docentes y sin finalidad de lucro a todas las instituciones del sector salud, públicas o privadas.



MSc. Licenciado Edson Javier Rivera Méndez
Gerente

Doctor Francisco Javier Gómez Jerez
Subgerente de Prestaciones en Salud



Grupo de desarrollo

Dra. Brenda Azucena Chamalé Contreras (Coordinadora)

Médico especialista en ginecología y obstetricia
Hospital de Gineco Obstetricia

Dra. Mery Lozana Pérez de León

Médico especialista en ginecología y obstetricia
Hospital de Gineco Obstetricia

Dra. María Renate Hernández Meléndez

Médico especialista en ginecología y obstetricia
Hospital de Gineco Obstetricia

Dra. María Alejandra Silva Morales

Médico especialista en ginecología y obstetricia
Hospital de Gineco Obstetricia

Dra. Iris Nohemí Castillo Ortiz

Médico residente II de ginecología y obstetricia
Hospital de Gineco Obstetricia

Dra. Candy Jessica Nohelia Boj Tacatic

Médico residente III de ginecología y obstetricia
Hospital de Gineco Obstetricia

Revisores:

- **Dr. Carlos Humberto Pérez Moreno**

Director General de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, Colombia-Hospital San José

Miembro de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

Past-President de la International Federation of Cervical Pathology and Colposcopy (IFCPC)

- **Asociación Guatimalteca de Colposcopia y Patología Vulvar (AGCPV)**



Comisión de guías de práctica clínica basadas en la evidencia

Dr. Edwin Leslie Cambranes Morales
Jefe de Departamento Administrativo
Departamento de Medicina Preventiva

Dr. Edgar Campos Reyes
Departamento de Medicina Preventiva
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dra. Erika López Castañeda
Departamento de Medicina Preventiva
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dra. Ana Cristina Arévalo Díaz
Departamento de Medicina Preventiva
Subgerencia de Prestaciones en Salud



Declaración de conflicto de interés

Se declara que ninguno de los participantes en el desarrollo de esta guía tiene intereses particulares, es decir: económicos, políticos, filosóficos o religiosos que influyan en los conceptos vertidos en la misma.



Prólogo

¿En qué consiste la medicina basada en la evidencia?

Podría resumirse como la integración de la experiencia clínica individual de los profesionales de la salud con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez que esta ha sido sometida a una revisión crítica y exhaustiva. Sin la experiencia clínica individual, la práctica médica se convertiría rápidamente en una tiranía; pero sin la investigación científica, quedaría obsoleta de inmediato. En esencia, se busca aportar más ciencia al arte de la medicina, y su objetivo es contar con la mejor evidencia científica disponible para aplicarla a la práctica clínica.

Por lo tanto, puede afirmarse que las guías de práctica clínica basadas en la evidencia son documentos en los que se recopilan y presentan las evidencias para ponerlas al alcance de todos los usuarios, incluyendo médicos, paramédicos, pacientes y público en general.

Los grados de recomendación son criterios que surgen de la experiencia de expertos en conjunto con el nivel de la evidencia, y determinan la calidad de una intervención, así como su beneficio neto en contextos locales. (Tabla 1)

El nivel de la evidencia clínica es un sistema jerarquizado que valora la fortaleza o solidez de la evidencia asociada con resultados obtenidos de

una intervención en salud. Se aplica a las pruebas o estudios de investigación, como puede verse en la tabla publicada por la Universidad de Oxford (Tabla 2).

Tabla 1. Significado de los grados de recomendación

Grado de recomendación	Significado
A	Extremadamente recomendable.
B	Recomendable favorable.
C	Recomendación favorable, pero no concluyente.
D	Corresponde a consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación.
✓	Indica un consejo de buena práctica clínica sobre el cual el grupo de desarrollo acuerda.

Nota. Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & Uceda Carrascosa, P. (2012). Niveles de la evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la sociedad Andaluz de Traumatología y Ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Recuperado de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf



Tabla 2. Niveles de evidencia*

Grado de recomendación	Nivel de la evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios.
	1b	Ensayo clínico aleatorio individual.
	1c	Eficacia demostrada por los estudios de práctica clínica y no por la experimentación. (All or none**)
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes.
	2b	Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad.
	2c	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos.
C	3a	Revisión sistemática de estudios caso-control, con homogeneidad.
	3b	Estudios de caso control individuales.
	4	Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja calidad.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

Nota. Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & Uceda Carrascosa, P. (2012). Niveles de la evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la sociedad Andaluz de traumatología y ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Recuperado de https://www.repositorysalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf

* Centro de Medicina basada en la evidencia de Oxford.

**All or none (Todos o ninguno): Se cumple cuando todos los pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero algunos ahora sobreviven; o cuando algunos pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero ahora ninguno muere con el medicamento.

En las guías de práctica clínica publicadas por el IGSS, el lector encontrará, en el margen izquierdo del contenido, el nivel de evidencia (de **1a** a **5**, en números y letras minúsculas) correspondiente a los resultados de los estudios que sustentan el grado de recomendación de buena práctica clínica. Este grado de recomendación se indica en el margen derecho del texto (letras **A**, **B**, **C**, **D** y ✓ siempre en mayúsculas), de acuerdo con la tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) sobre los aspectos evaluados.

Las guías desarrollan cada temática seleccionada con base en el contenido de las mejores evidencias documentadas, obtenidas a partir de revisiones sistemáticas exhaustivas de estudios relacionados con la atención sanitaria, diagnósticos y terapéuticas farmacológicas y otras intervenciones.

Las guías de práctica clínica no pretenden establecer un protocolo rígido en el que deban cumplirse todos los puntos, sino presentar un modelo ideal que sirva como referencia flexible, basado en la mejor evidencia disponible.

Las guías de práctica clínica basadas en evidencia, revisadas para la elaboración de esta guía, fueron analizadas mediante el instrumento AGREE (por sus siglas en inglés: *Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe*), el cual evalúa tanto la calidad de la información contenida en el documento como la idoneidad de ciertos aspectos de las recomendaciones. Esto permite ofrecer una



valoración basada en criterios de validez aceptados, conocidos actualmente como “los elementos esenciales de las buenas guías”, que incluyen la credibilidad, aplicabilidad clínica, flexibilidad clínica, claridad, enfoque multidisciplinario, actualización programada y documentación.

En el IGSS, el programa de elaboración de guías de práctica clínica fue creado con el propósito de servir como una herramienta de apoyo en la toma de decisiones clínicas. Una guía de práctica clínica (GPC) no ofrece respuestas para todas las situaciones que surgen en la práctica diaria. La decisión final sobre un procedimiento clínico, diagnóstico o tratamiento dependerá de cada paciente en particular, así como de las circunstancias y valores implicados. De ahí la importancia del juicio clínico individual.

Este programa también busca reducir la variabilidad en la práctica clínica y ofrecer a los profesionales, tanto de los equipos de atención primaria como del nivel especializado, un referente con el cual comparar su práctica.

Para el desarrollo de cada tema se ha contado con el esfuerzo de profesionales –especialistas y médicos residentes– que, día a día, realizan una labor tesonera en las distintas unidades de atención médica de esta institución, bajo la coordinación de la Comisión de Guías de Práctica Clínica (GPC-BE), perteneciente a los proyectos educativos de la Subgerencia de Prestaciones en Salud, y con el invaluable apoyo de las autoridades del Instituto.

La inversión de tiempo y recursos es considerable, ya que implica muchas horas de investigación y trabajo, con el objetivo de presentar, con sencillez y claridad, los diversos conceptos, evidencias y recomendaciones que se ponen a disposición en cada uno de los ejemplares publicados.

Este esfuerzo refleja la filosofía de servicio de esta institución, la cual se fortalece al poner a disposición de los lectores un producto elaborado con esmero y con un alto nivel científico, aplicable, práctico y de fácil consulta.

Las GPC-BE aportan información valiosa y actualizada, pero no son determinantes para la incorporación de medicamento, tratamientos o procedimientos innovadores. La solicitud de inclusión, modificación o exclusión de medicamentos al Listado Básico de Medicamentos del Instituto debe realizarse de acuerdo a la normativa institucional vigente.

El IGSS tiene el privilegio de ofrecer a sus profesionales, al personal paramédico y a todos los servicios de apoyo esta guía, con el propósito de colaborar en los procesos de atención a los pacientes, en la formación académica de las nuevas generaciones y en el fortalecimiento de la investigación científica y docente que se desarrolla en el quehacer diario de la institución.

*Comisión de guías de práctica clínica, IGSS,
Guatemala, 2025*



Abreviaturas

ACG	Anomalías celulares glandulares
ACS	American Cancer Society
ASC-US	Lesión intraepitelial de significado indeterminado
HPV	Human papillomavirus
LEIAG	Lesión intraepitelial de alto grado
LEIGB	Lesión intraepitelial de bajo grado
IC	Lesión intraepitelial cervical
NIC 1	Neoplasia intraepitelial cervical leve
NIC 2	Neoplasia intraepitelial cervical moderada
NIC 3	Neoplasia intraepitelial cervical grave
NILM	Negativo para lesión intraepitelial maligna
Pap	Papanicolaou



Índice

1. Introducción	1
2. Objetivos	3
3. Metodología	5
4. Contenido	7
5. Anexos	19
6. Referencias bibliográficas	37



1. Introducción

El cáncer de cérvix en Guatemala ocupa el segundo lugar en incidencia entre los cánceres ginecológicos, con un número estimado de 1,761 nuevos casos anuales, y el primer lugar en mortalidad, causando 973 muertes al año, según (Globocan, 2022)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone una visión conjunta para acelerar la eliminación del cáncer de cuello uterino como problema de salud pública.

- La visión de un mundo en el que el cáncer de cuello uterino haya sido eliminado como problema de salud pública.
- Una tasa de incidencia umbral de 4 por cada 100,000 mujeres-año para considerarse eliminado como problema de salud pública.
- Las siguientes metas 90-70-90 que habrá que alcanzar para 2030, de modo que los países estén bien encaminados hacia la eliminación del cáncer de cuello uterino:
 - ✓ El 90% de las niñas totalmente vacunadas contra el VPH antes de cumplir los 15 años.
 - ✓ El 70% de las mujeres examinadas mediante una prueba de alta precisión antes de los 35 años y una vez más antes de los 45 años.

- ✓ El 90% de las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino reciben tratamiento (90% de las mujeres con lesiones precancerosas tratadas y 90% de las mujeres con cánceres invasivos tratadas). (OMS, 2021)

En el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) no existen lineamientos que indiquen los pasos a seguir según los resultados obtenidos con la citología cervical ni el seguimiento que debe darse a las pacientes, con el objetivo de prevenir el cáncer cérvico-uterino.

Por ello, se hace necesario elaborar la presente Guía de Colposcopia, con el objetivo de establecer y socializar los pasos a seguir para realizar un diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuados a nuestras pacientes, y unir esfuerzos con otros sectores prestadores de servicios de salud en nuestro país, a fin de alcanzar la meta propuesta por la OMS.



2. Objetivos

General

Establecer los criterios técnicos y las recomendaciones basadas en la evidencia actual para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las pacientes con resultados de citología cervical anormal.

Específicos

1. Dar a conocer las principales indicaciones clínicas para referir pacientes a colposcopia.
2. Indicar de manera detallada los pasos a seguir ante un resultado de citología cervical anormal.
3. Establecer el tratamiento y seguimiento adecuados según el resultado histológico, en los casos en que se haya realizado una biopsia dirigida bajo visión colposcópica.



3. Metodología

Definición de preguntas

General

¿Qué hacer con un resultado de citología anormal?

Específicas

- ¿Cuáles son las principales indicaciones para referir a una paciente a colposcopia?
- ¿Cuáles son los pasos a seguir según el resultado citológico por el que se refiere a la paciente?
- ¿Cuáles son los pasos a seguir según el resultado histológico por el que se refiere a la paciente?

Criterios de inclusión de los estudios

Se incluyeron artículos de revista y, principalmente, guías de manejo en idiomas inglés y español, con acceso electrónico gratuito, publicadas desde el año 2006, por continuar siendo aceptadas y aplicables a la realidad actual de nuestra población, así como artículos del año 2024.

Criterios de exclusión de los estudios

Artículos sin fundamento científico y sin niveles adecuados de evidencia científica.

Estrategia de búsqueda

Consultas electrónicas a las siguientes referencias: Google académico, www.pubmed.com, www.bjm.com, www.cochrane.org, www.uptodate.com

Otras fuentes bibliográficas: revistas internacionales, libros de texto, guías de práctica clínica, entre otras.

Palabras clave: colposcopia, citología anormal, biopsia de cérvix, cáncer de cérvix, virus del papiloma humano.

Población diana: mujeres afiliadas y beneficiarias que asisten a las unidades médicas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Usuarios de la guía: Profesionales médicos generales, residentes y especialistas, personal de enfermería y paramédico tanto del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, como de otras instituciones que ofrecen atención médica a mujeres.

Implicaciones para la práctica: Hacer un diagnóstico oportuno para dar un tratamiento y seguimiento adecuados con el objetivo de prevenir cáncer de cérvix en las pacientes.

Limitaciones en la revisión de la literatura

Tiempo para reuniones del grupo por actividades laborales.

Estudios basados en evidencia en población guatemalteca.

Fecha de revisión y año de publicación de esta guía

Revisión 2025

Publicación 2025



4. Contenido

Definición

La colposcopia hace referencia a la evaluación del aparato genital inferior, con énfasis en el epitelio superficial y los vasos sanguíneos del estroma subyacente, con el objetivo de identificar epitelio anómalo que permita dirigir biopsias e identificar la presencia de neoplasia intraepitelial cervical. La colposcopia sigue siendo recomendada para todas las anomalías citológicas. (APGAR, 2010)

Históricamente, antes de que la colposcopia formara parte de los programas de prevención de lesiones premalignas, a la mayoría de las mujeres con alteraciones citológicas se les realizaba una conización o una hysterectomía. Actualmente, la colposcopia es una técnica fundamental en los programas de cribado. (AEPCC, 2024)

Indicaciones

- ✓ Citología anormal
- ✓ Pruebas de VPH positivas
- ✓ Evaluación de cérvix, vagina o vulva que se palpa o visualiza anormal
- ✓ Prueba de inspección visual anormal para neoplasia cervical (IVAA, prueba de yodo Lugol, cervicografía o especuloscopía)

- ✓ Seguimiento junto al tratamiento de la neoplasia cervical para garantizar que las lesiones conocidas se traten por completo.
- ✓ Vigilancia posterior al tratamiento de neoplasia cervical.

Contraindicaciones

Esta técnica de exploración no presenta contraindicaciones absolutas, aunque existen ciertos escenarios que pueden dificultar la evaluación, entre los cuales podemos mencionar:

- ✓ Hemorragia activa
- ✓ Infección o inflamación activa, ya que pueden impedir la evaluación precisa de anomalías epiteliales.
- ✓ Anticoagulación

Aspectos técnicos

Colposcopio

Diseñado en 1925 por Hans Hinselmann, el colposcopio es una herramienta útil para el examen visual del cérvix y del tracto genital inferior. Permite el diagnóstico de lesiones preneoplásicas. En los últimos años, los colposcopios han evolucionado, ofreciendo mejor resolución y accesorios que permiten obtener y almacenar imágenes y videos digitales.

Se trata de un microscopio estereoscópico, binocular, con una fuente de iluminación potente (xenón o LED)



que no genera calor. Consta de un cabezal unido a un eje central, el cual tiene un brazo articulado ajustable que permite el movimiento en todas las direcciones.

El cabezal contiene los lentes mediante los cuales se obtiene el enfoque, ya sea desplazando el cabezal del colposcopio en relación con la paciente (enfoque macrométrico) o mediante una rueda de enfoque (enfoque micrométrico). Utiliza filtros verde o azul que impiden la transmisión de luz roja, lo que ayuda a evaluar características importantes resaltando los vasos sanguíneos en el estroma cervical. Además, cuenta con aumentos progresivos y capacidad zoom para distinguir detalles específicos, como patrones vasculares u orificios glandulares.

Instrumental

- ✓ Espéculo
- ✓ Torundas, hisopos o gasas
- ✓ Pinzas de biopsia con sacabocado
- ✓ Legras endocervicales
- ✓ Pinza de Pozzi

Material

- ✓ Ácido acético (3-5%)

Se aplica con gasas, torundas o hisopos para inducir una reacción acetoblanca. Según el grado de la lesión, el tiempo de espera para observar patrones anormales variará. Es bien tolerado y en pocos casos provoca irritación o prurito, los cuales ceden espontáneamente.

✓ Solución de Lugol (2%)

Tiene el epitelio normal maduro no queratinizado de un color caoba oscuro, lo que indica la presencia de glucógeno. La ausencia de esta reacción sugiere un epitelio no glucogenado, o una superficie queratinizada. El epitelio displásico no contiene glucógeno, por lo que, cuando se aplica la solución de Lugol, adquiere una coloración amarillo mostaza o azafrán. Se debe interrogar a la paciente sobre antecedentes de reacciones alérgicas al yodo.

✓ Soluciones hemostáticas

Se utilizan posteriormente a la realización de una biopsia. Generalmente, el sangrado es mínimo y autolimitado, ya que la extirpación tisular no suele exceder los 5 mm de superficie y los 2 mm de profundidad. Los productos más frecuentemente empleados son el nitrato de plata, el percloruro de hierro y la solución de Monsel.

Procedimiento

1. Repita la citología cervical (con prueba de VPH si está indicado)
2. Examen de la vulva, la vagina y el cuello uterino bajo visualización macroscópica.
3. Examen colposcópico del cuello uterino y del tercio superior de la vagina.
 - a. Aplicación de acético y Lugol
 - b. Biopsia y/o muestreo endocervical, según se indique.



- c. Biopsia exocervical y endocervical según se indique
- d. Documentación de hallazgos.
- e. Seguimiento según hallazgos documentados.

Hallazgos colposcópicos anormales

Epitelio acetoblanco

Epitelio macroscópicamente normal que se torna blanquecino tras la aplicación de ácido acético. Las células de un epitelio anómalo contienen una mayor cantidad de proteínas, y la aplicación del ácido acético produce solapamiento de núcleos hipetrofiados. La luz no es capaz de atravesar este epitelio y se refleja, generando un aspecto blanquecino. Se puede evaluar el color y la densidad para asociarlos con la gravedad de la lesión. Un blanco pálido o brillante suele ser sugestivo de cambios de bajo grado, mientras que un blanco grisáceo y denso se asocia con lesiones de alto grado.

Captación o rechazo al yodo

El epitelio escamoso normal está bien glucogenado, lo que produce una tinción de color marrón caoba como reacción al yodo. El epitelio anómalo no contiene glucógeno y rechaza el yodo adquiriendo entonces un color amarillento mostaza o aspecto variegado.

Punteado y mosaico

Los hallazgos vasculares se deben a la disposición de los vasos terminales del estroma subyacente al epitelio escamoso. Los vasos anormales presentan un patrón denominado punteado o mosaico, que se produce cuando el estroma y los capilares que lo acompañan se encuentran entre islotes de epitelio escamoso en un diseño continuo. El patrón punteado o mosaico puede describirse como fino o grueso.

Si los vasos son de calibre fino, regulares y se localizan próximos entre sí, es probable que los patrones representen una lesión de bajo grado. Si aumenta la distancia intercapilar y los vasos tienen una apariencia más gruesa, puede asociarse con lesiones de alto grado.

Vasos atípicos

Cuando una lesión intraepitelial progresiona, puede liberarse un factor tumoral angiogénico que induce la formación de vasos atípicos. Estos vasos no presentan los patrones ramificados normales sino como vasos no ramificados con patrones en espiral, en forma de coma u horquilla. Los vasos atípicos son la característica principal de las lesiones de alto grado, la micro invasión o el cáncer invasivo.

Leucoplasia

Es una placa blanca, que puede ser elevada y no está necesariamente confinada a la zona de transformación. Es visible a simple vista.



Citológicamente, está representada por hiperqueratosis o paraqueratosis. Histológicamente, puede estar representada por epitelio escamoso queratinizado y engrosado, aunque también puede ser indicativa de una lesión invasiva.

Consideraciones

- ✓ No es necesaria la administración de analgésicos antes de realizar una colposcopia, ya que no se considera una exploración dolorosa.
- ✓ Se ha estudiado la asociación entre la ansiedad y la realización de una colposcopia por lo que la comunicación y la información sobre el procedimiento a la paciente son elementos importantes para reducir el nivel de ansiedad y evitar así mayor percepción de dolor o molestia.
- ✓ Algunas pacientes con un examen colposcópico normal pueden presentar una anomalía histológica significativa. Por esta razón, es importante considerar los hallazgos citológicos, colposcopicos e histológicos al formular un diagnóstico y un plan de tratamiento individualizado.
- ✓ Los hallazgos colposcopicos, en sí mismos, no son diagnósticos de neoplasia cervical; esto sólo puede establecerse definitivamente mediante un examen patológico del tejido biopsiado.

Tabla 3

Terminología colposcópica del cuello uterino. Federación Internacional para la Prevención del Cáncer y la Colposcopia 2011 (IFCPC) (1)			
EVALUACIÓN GENERAL	Adecuada/inadecuada a causa de ... (por ej.: Cuello uterino no claro por inflamación, sangrado, cicatriz) Visibilidad de la unión escamocolumnar: completamente visible, parcialmente visible, no visible. Tipos de zona de transformación 1, 2, 3		
HALLAZGOS COLPOSCÓPICOS NORMALES	Epitelio escamoso original: <ul style="list-style-type: none"> • Maduro • Atrófico Epitelio columnar <ul style="list-style-type: none"> • Ectopía Epitelio escamoso metaplásico <ul style="list-style-type: none"> • Quistes de Naboth • Aberturas glandulares y/o criptas glandulares Deciduosidad en el embarazo		
HALLAZGOS COLPOSCÓPICOS ANORMALES	Principios generales	Ubicación de la lesión: dentro o fuera de la zona de transformación, ubicación de la lesión según las agujas del reloj. Tamaño de la lesión. Número de cuadrantes del cuello uterino que cubre la lesión, tamaño de la lesión en porcentajes del cuello uterino.	
	Grado 1 (Menor)	Epitelio acetoblanco delgado. Borde irregular	Mosaico fino, Puntillado fino
	Grado 2 (Mayor)	Epitelio acetoblanco denso, Aparición rápida de epitelio acetoblanco. Orificios glandulares abiertos con bordes engrosados.	Mosaico grueso, Puntillado grueso. Bordes delimitados, Signo del límite del borde interno, signo de cresta o sobreelevado.
SOSPECHA DE INVASIÓN	No específicos	Leucoplasia (queratosis, hiperqueratosis), erosión, Solución de Lugol (Test de Schiller): positivo/negativo	
HALLAZGOS VARIOS		Vasos atípicos Signos adicionales: Vasos delgados, superficie irregular, lesión exofítica, necrosis, ulceración (necrótica), tumoración nodular.	
		Zona de transformación congénita, Condiloma, Pólipo (exocervical /endocervical) Inflamación.	Estenosis, Anomalía congénita, Anomalías post tratamiento, Endometriosis

Nota: Tomado de Río, A. en el C. M., de Julio, 5., & de Nomenclatura: Jacob Bornstein, 2011 Presidente del Comité. (s/f). Nomenclatura de la Federación Internacional de Colposcopia y Patología Cervical: IFCPC 2011. Medigraphic. com. Recuperado el 19 de agosto de 2024, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/archivostgi/tgi-2012/tgi127f.pdf>



Tabla 4

Terminología colposcópica de cuello uterino Apéndice de IFCPC 2011 (2)	
Tipos de tratamiento de escisión	Tipo de escisión 1, 2, 3
Medidas de la muestra de escisión	Largo – distancia del margen distal/externo al margen proximal/interno. Grosor – distancia del margen estromal a la superficie de la muestra extirpada. Circunferencia (Opcional) – el perímetro de la muestra extirpada.

Nota: Tomado de Río, A. en el C. M., de Julio, 5., & de Nomenclatura: Jacob Bornstein, 2011 Presidente del Comité. (s/f). Nomenclatura de la Federación Internacional de Colposcopia y Patología Cervical: IFCPC 2011. Medigraphic.com. Recuperado el 19 de agosto de 2024, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/archivostgi/tgi-2012/tgi127f.pdf>

Tabla 5

Terminología colposcópica/clínica de la vagina de IFCPC 2011 (3)		
Evaluación general	Adecuada/inadecuada a causa de (por ej.: inflamación, sangrado, cicatriz) Zona de transformación	
Hallazgos colposcopicos normales	Epitelio escamoso: • Maduro • Atrófico	
Hallazgos colposcopicos anormales	Principios generales	Tercio superior/dos tercios inferiores, Anterior/posterior/lateral (derecho o izquierdo)
	Grado 1 (Menor)	Epitelio acetoblanco delgado Puntillado fino Mosaico fino
	Grado 2 (Mayor)	Epitelio acetoblanco denso, Puntillado grueso Mosaico grueso
	Sospecha de invasión	Vasos atípicos Signos adicionales: Vasos delgados, superficie irregular, lesión exofítica, necrosis, ulceración (necrótica), tumoración nodular
	No específico	Epitelio columnar (adenosis) Teñido de la lesión con solución de Lugol (Test de Schiller): Positivo/negativo, Leucoplasia
Hallazgos varios		Erosión (traumática), condiloma, pólipos, quiste, endometriosis, inflamación, estenosis vaginal, Zona de transformación congénita

Nota: Tomado de: Río, A. en el C. M., de Julio, 5., & de Nomenclatura: Jacob Bornstein, 2011 Presidente del Comité. (s/f). Nomenclatura de la Federación Internacional de Colposcopia y Patología Cervical: IFCPC 2011. Medigraphic. com. Recuperado el 19 de agosto de 2024, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/archivostgi/tgi-2012/tgi127f.pdf>



Tabla 6

Índice colposcópico de Reid			
Signo colposcópico	0 puntos	1 punto	2 puntos
Margen	Contoma condilomatoso y micropapilar Bordes poco definidos Márgenes floculados y difuminados Lesiones dentadas y angulares	Lesiones regulares con contornos rectos y suaves Márgenes periféricos bien definidos	Bordes descamados y enrollados Bordes internos entre áreas de apariencia diferenciada
	Lesiones satélite cambio acetoblanco que se extiende más allá de la zona de transformación		
	Color blanco nieve brillante Cambio acetoblanco poco definido, semitransparente en lugar de completamente apagado	Grisáceo brillante Blanco intermedio	Gris peral apagado Patrón punteado o mosaico definido
	Vasos Calibre fino y uniforme Asas capilares no dilatadas Áreas mal definidas de patrón punteado o mosaico Captación de yodo que produce un color marrón caoba	Ausencia de capilares superficiales	
Tinción con yodo	Tinción amarilla de una zona reconocible como lesión de grado bajo según los criterios anteriores (<2/6)	Captación parcial de yodo (variegada y en forma de caparazón)	Tinción amarilla de la lesión, que se puntúa 3/6 Apariencia amarillo mostaza
Puntuación colposcópica	0-2=VPH o NIC* 1 (enfermedad de grado bajo)	3-4 NIV 1 o NIC 2 (enfermedad de grado intermedio)	5-8=NIC 3 (Enfermedad de grado alto)

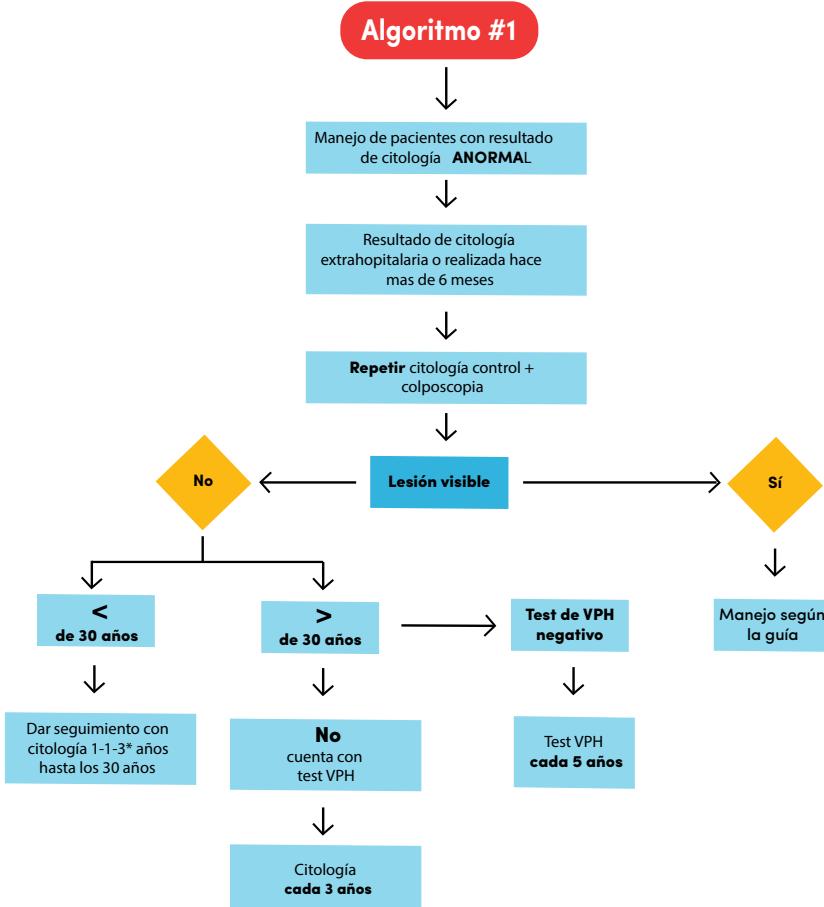
NIC= Neoplasia intraepitelial cervical, VPH= Virus del papiloma humano

Nota: Tomado de Río, A. en el C. M., de Julio, 5., & de Nomenclatura: Jacob Bornstein, 2011 Presidente del Comité. (s/f). Nomenclatura de la Federación Internacional de Colposcopia y Patología Cervical: IFCPC 2011. Medigraphic.com. Recuperado el 19 de agosto de 2024, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/archivistgi/tgi-2012/tgi127f.pdf>



5. Anexos

Anexo 1. Algoritmos

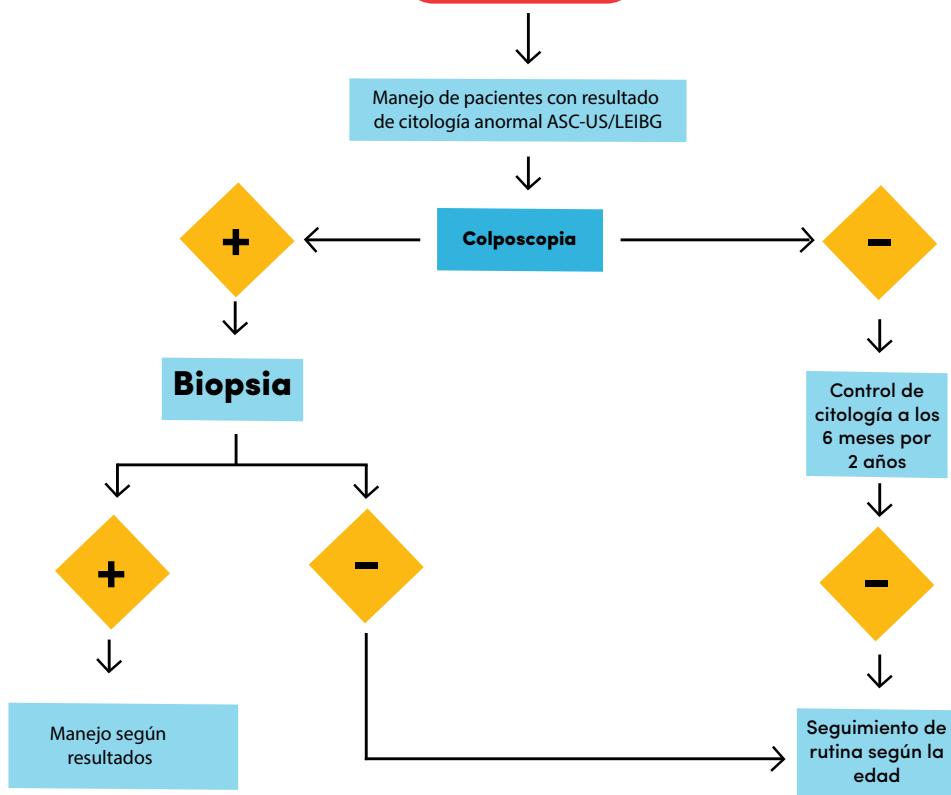


Fuente: Grupo de desarrollo

Nota: VPH (Virus de papiloma humano)

*Seguimiento 1-1-3 se refiere a realizar un control de citología al año del primer resultado y luego a los 3 años del segundo control.

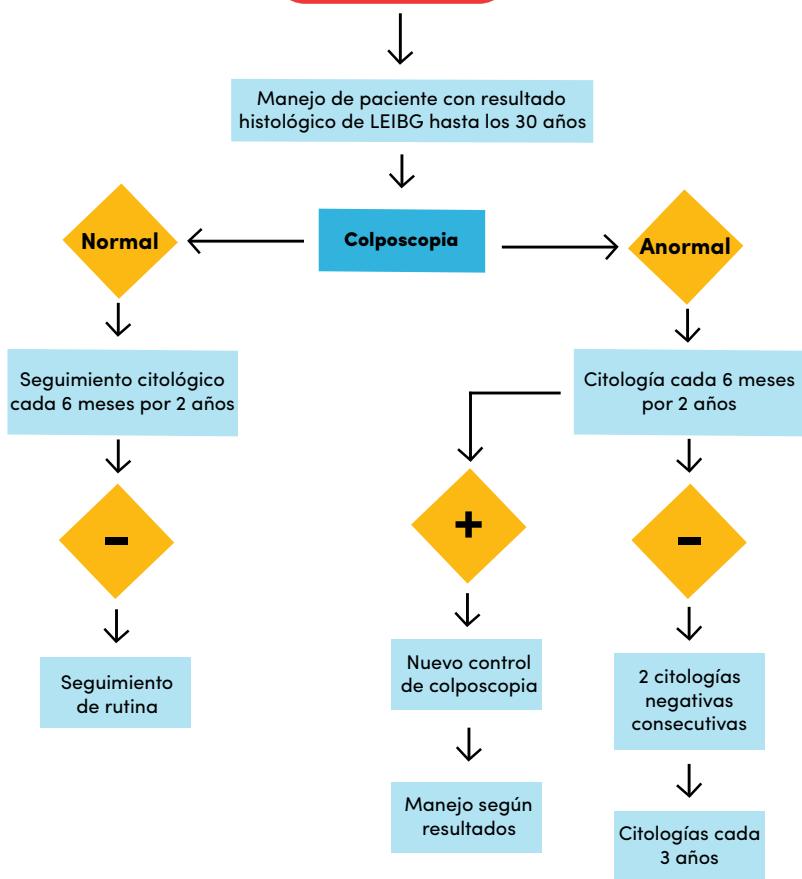
Algoritmo #2



Fuente: Grupo de desarrollo

*Si la zona de transformación es tipo III, realizar legrado endocervical en pacientes mayores de 30 años

Algoritmo #3



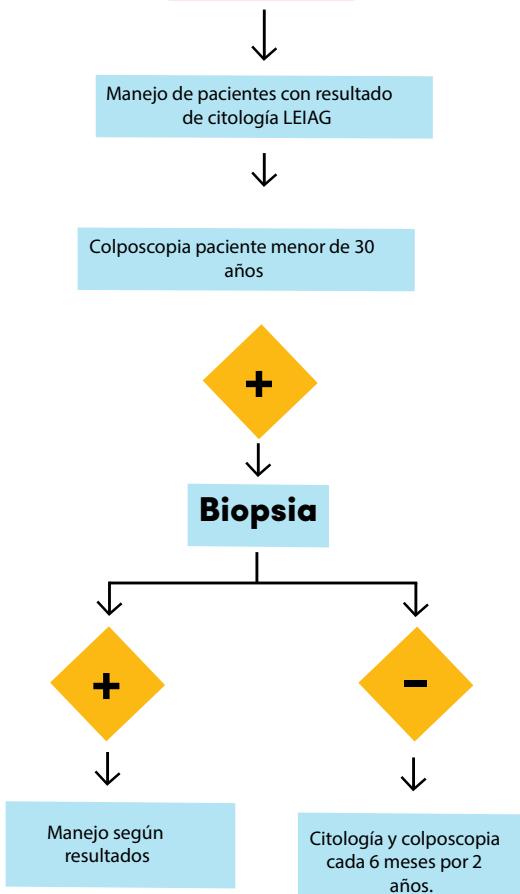
Fuente: Grupo de desarrollo

Nota: LEIBG (lesión intraepitelial escamosa de bajo grado.)

*No hacer test VPH en menores de 25 años

*En toda paciente hasta los 30 años el manejo de la LEIBG debe ser conservador

Algoritmo #4. A

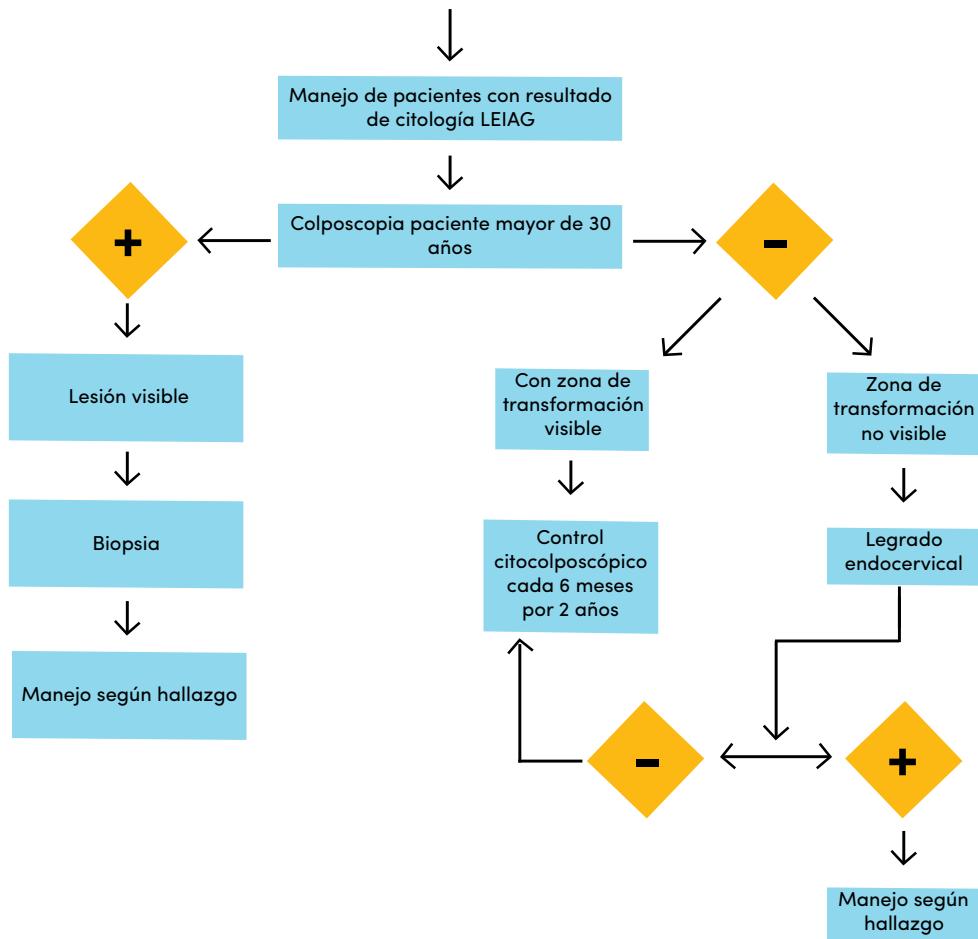


Fuente: Grupo de desarrollo

Nota: LEIAG (lesión intraepitelial escamosa de alto grado.)



Algoritmo #4. B



Fuente: Grupo de desarrollo

Nota: LEIAG (lesión intraepitelial escamosa de alto grado.)

Algoritmo #5



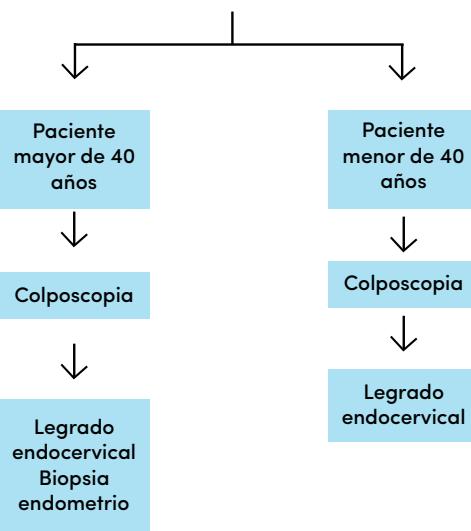
Manejo de pacientes con AGC
Anomalías de células glandulares

FN:

FAVOR NEOPLASTIC - favorece neoplasia

NOS:

NOT OTHERWISE SPECIFIED -
no especificado de otra manera



Fuente: grupo de desarrollo
Nota: AGC (Células glandulares Atípicas)



Algoritmo 5.1



Evaluación inicial de la mujer con células glandulares atípicas (AGC)

Todas las
subclasificaciones
(exceptuando células
endometriales atípicas)



Colposcopia (con muestras endocervical)
Y muestra de endometrio (si >35 años o factores de
riesgo para neoplasia del endometrio)*

Células endometriales
atípicas



Muestra de endometrio y muestra endocervical

↓
Sin patología endometrial

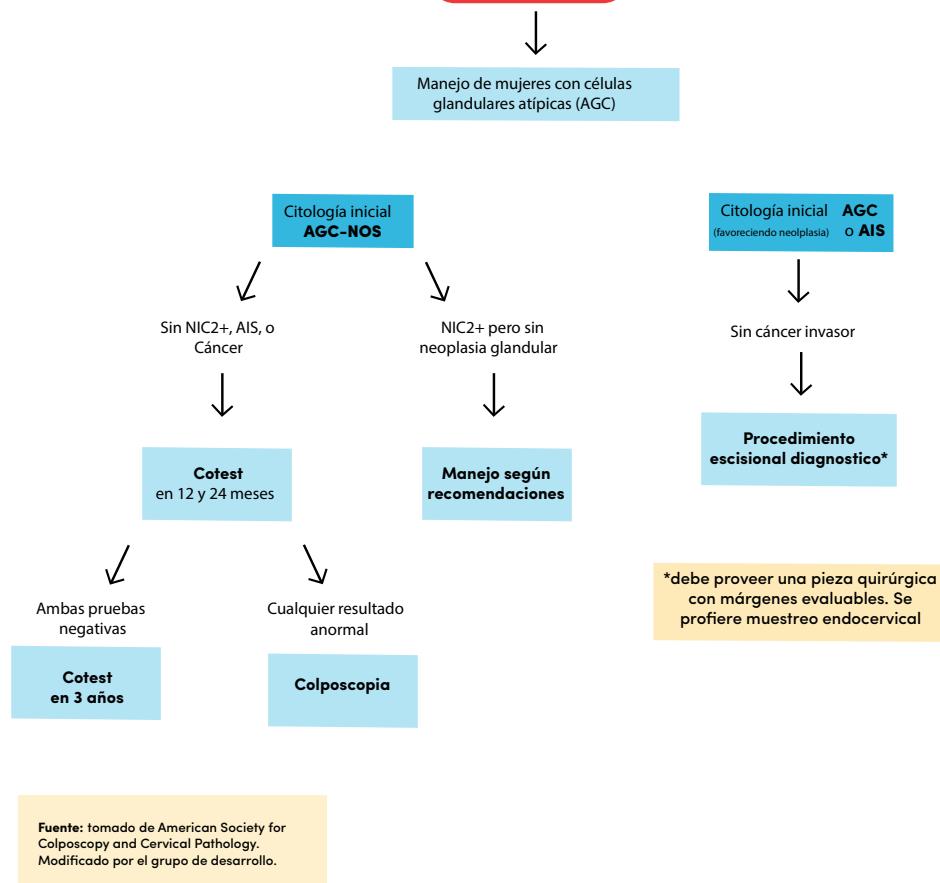


Colposcopia

Fuente: tomado de American Society for
Colposcopy and Cervical Pathology.
Modificado por el grupo de desarrollo.

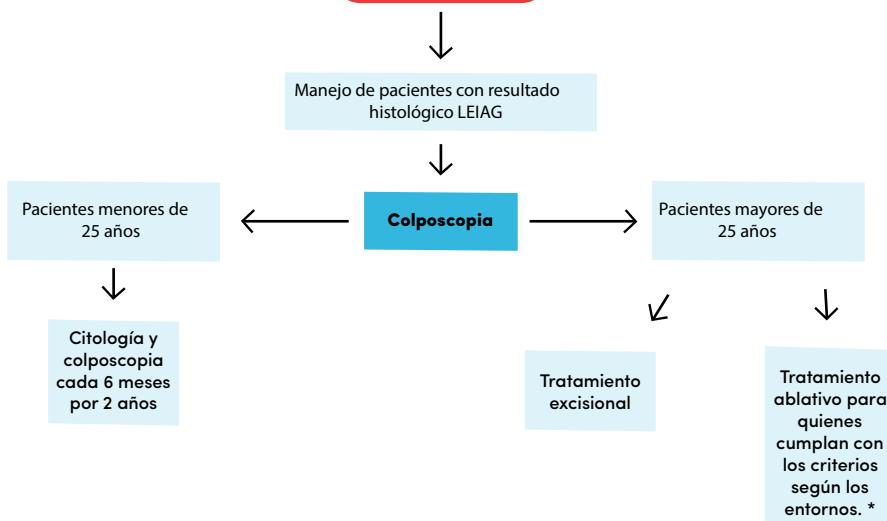
Nota: Incluye sangrado vaginal de causa
desconocida ó condiciones que sugieren
anovulación crónica.

Algoritmo #5.2





Algoritmo #6



Fuente: Grupo de desarrollo

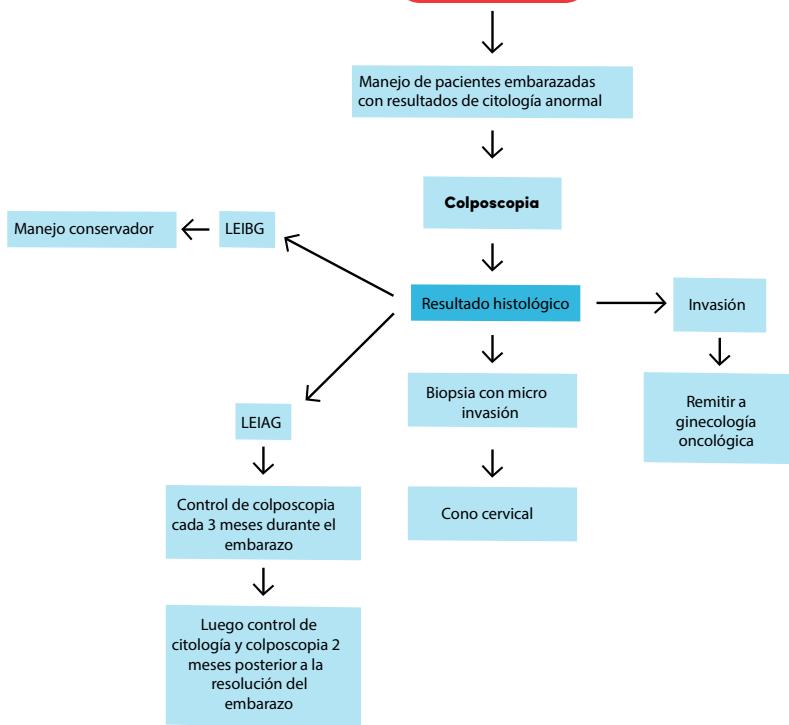
Nota:

*cualquier resultado mayor en el seguimiento o si la lesión persiste por más de dos años debe realizar CONO CERVICAL

*entornos menos favorecidos con recursos y/o con dificultad de acceso a los servicios de salud

* ver tabla No. 5

Algoritmo #7



Fuente: Grupo de desarrollo

Nota:

LEIBG (Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado)

LEIAG (Lesión intraepitelial escamosa de alto grado)



Criterios para realizar crioterapia

Tabla 7. Criterios de admisibilidad para crioterapia

- Que toda la lesión esté en el exocérvix, sin invadir la vaginal ni el endocérvidx.
- Que sea visible la totalidad de la lesión y no entre más de 2 o 3 mm en el conducto
- Que pueda cubrir adecuadamente la lesión la mayor crísonda disponible (2.5cm), de la cual la lesión no sobrepasa más de 2 mm
- Que haya NIC confirmada por biopsia o colposcopia
- Que no se evidencie cáncer invasor
- Que el conducto cervical sea normal y no haya signos de displasia glandular
- Que la mujer no esté embarazada
- Que hayan transcurrido al menos tres meses desde el último parto de la paciente
- Que no se evidencie enfermedad pélvica inflamatoria
- Que la mujer haya dado su consentimiento escrito fundamentado para recibir el tratamiento

Fuente: OMS

Anexo 2. Figuras

Figura 1. Termocuagulador de pistola

La OMS sugiere que la ablación térmica se proporcione a un mínimo de 100 grados, durante 20-30 segundos, proporcionando las aplicaciones que sea necesarias para cubrir toda la zona de transformación.

Ventajas clínicas de termocoagulación:

- No se requiere anestesia.
- Disminución del flujo vaginal post tratamiento.
- Entrenamiento accesible y sencillo.
- No requiere de suministro continuo de gas.

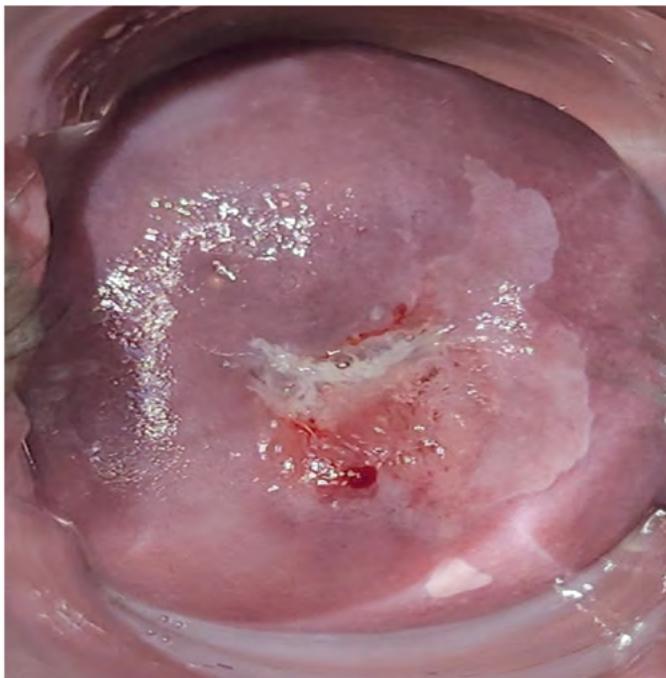
Criterios para termoablación cervical:
Pueden aplicarse los mismos criterios de la crioterapia.

"Programa Nacional de Salud Reproductiva". (Instructivo para realizar termocoagulación)

Nota: Tomado de: Guía de atención integral para la prevención detección y tratamiento de lesiones precursoras del cáncer cervicouterino. (s/f). Osarguatemala.org. Recuperado el 19 de agosto de 2024, de <https://osarguatemala.org/wp-content/uploads/2021/02/Guia-de-Cancer-2020.pdf>

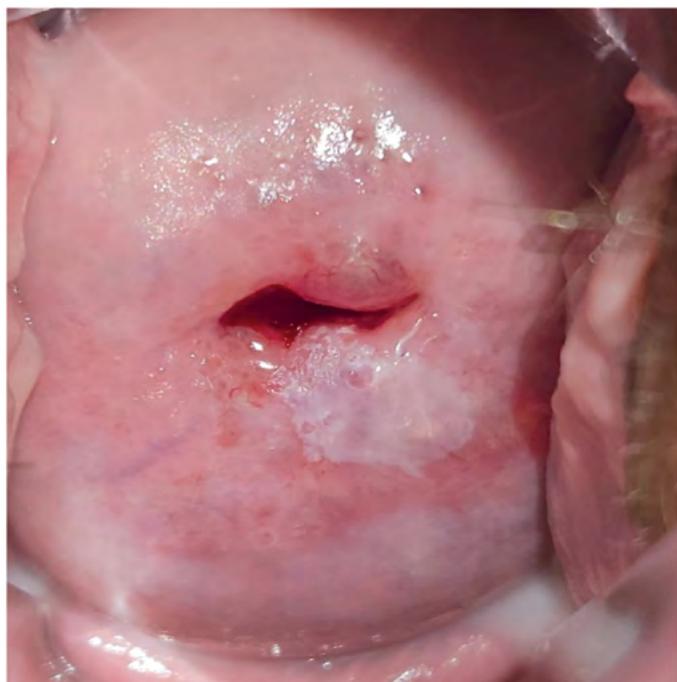


Figura 2. Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado



Nota: Fotografía Dra. Brenda Chamalé.

Figura 3. Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado



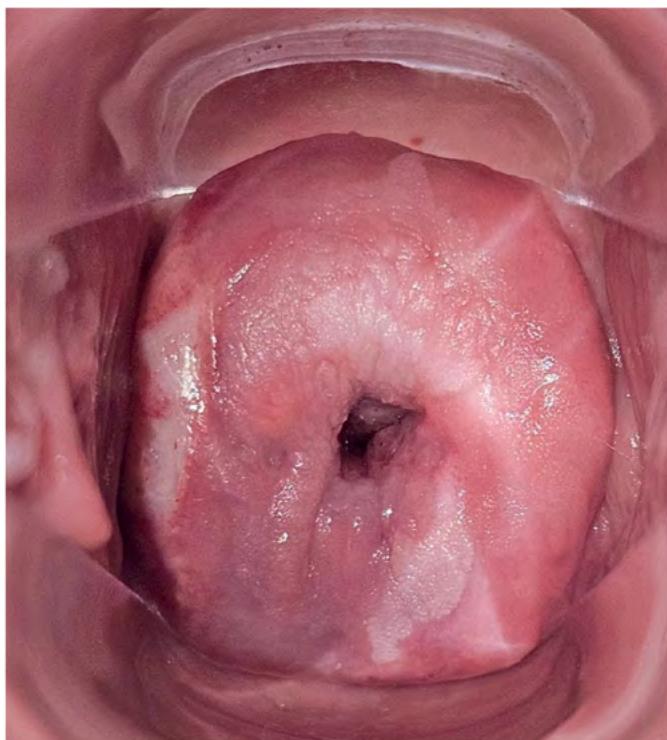
Nota: Fotografía Dra. Brenda Chamalé.

Figura 4. Lesión Escamosa intraepitelial de Alto Grado



Nota: Fotografía Dra. Brenda Chamalé.

Figura 5. Lesión Escamosa intraepitelial de Alto Grado



Nota: Fotografía Dra. Brenda Chamalé.

Figura 6. Cérvix posterior a Crioterapia



Nota: Fotografía Dra. Brenda Chamalé.



6. Referencias bibliográficas

1. Apgar, B. S., Spitzer, M., & Brotzman, G. L. (Eds.). (2010). Colposcopia. Principios y Práctica + DVD-ROM. Elsevier Health Sciences.
2. AEPCC-Guía: Colposcopia. Estándares de calidad. Andía D., Castro M., de la Fuente J., Hernández J.J., López J.A., Martínez J.C., Medina N., Quílez J.C., Ramírez M., Ramón y Cajal J.M. Publicaciones AEPCC. 2018; pp: 1-80. Recuperado el 19 de agosto de 2024, de https://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2019/01/AEPCC_revista10-colposcopia-web.pdf
3. Colgan, T. J. (2010). The 2006 consensus guidelines for the management of women with abnormal cervical screening tests: challenges remain: Challenges remain. *Cancer Cytopathology*, 118(5), 233–237. <https://doi.org/10.1002/cncy.20097>
4. De Palo, G., Dexeus, S., & Chanen, W. (2007). Patología y Tratamiento del Tracto Genital Inferior. Elsevier Health Sciences.
5. De Río, A. en el C. M., de Julio, 5., & de Nomenclatura: Jacob Bornstein, 2011 Presidente del Comité. (s/f). Nomenclatura de la Federación Internacional de Colposcopia y Patología Cervical: IFCPC 2011. Medigraphic. com. Recuperado el 19 de agosto de 2024, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/archivostgi/tgi-2012/tgi127f.pdf>

6. Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema de salud pública [Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Who.int. Recuperado el 19 de agosto de 2024, de <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/359000/9789240039124-spa.pdf?sequence=1>
7. Guía de atención integral para la prevención detección y tratamiento fe lesiones precursoras del Cáncer cervicouterino. (s/f). Osarguatemala.org. Recuperado el 19 de agosto de 2024, de <https://osarguatemala.org/wp-content/uploads/2021/02/Guia-de-Cancer-2020.pdf>
8. Organización Mundial de la Salud. Perfiles del cáncer cervicouterino en los países, 2021. Who.int. Recuperado el 19 de agosto de 2024, de https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/cervical-cancer/cervical-cancer-gtm-2021-country-profile-es.pdf?sfvrsn=4e6270e8_38&download=true
9. Lucas, E. (s/f). La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: Manual para principiantes. Iarc.fr. Recuperado el 19 de agosto de 2024, de <https://screening.iarc.fr/colpochap.php?chap=12&lang=3>
10. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A,



Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed [19 agosto 2024].

11. Feltmate C.M., Felman S. Colposcopia. UpToDate. (s/f-a). Uptodate.com. Recuperado el 19 de agosto de 2024, de https://www.uptodate.com/contents/colposcopy?search=colposcopia%20&source=search_result&selectedTitle=1%7E69&usage_type=default&display_rank=1
12. Stelze, Dominik et al. Estimaciones de la carga mundial de cáncer de cuello uterino asociado al VIH. *The Lancet*. 2020. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30459-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30459-9)
13. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2021 Feb 4. doi: 10.3322/caac.21660.
14. Wright J. D. Neoplasia intraepitelial cervical: tratamiento. UpToDate. (s/f-b). Uptodate.com. Recuperado el 19 de agosto de 2024, de https://www.uptodate.com/contents/cervical-intraepithelial-neoplasia-management?search=colposcopia&source=search_result&selectedTitle=7%7E69&usage_type=default&display_rank=4

15. Goodman A. Detección del cáncer de cuello uterino: evaluación, tratamiento y valoración de riesgos después de la detección. UpToDate. (s/f-c). Uptodate.com. Recuperado el 19 de agosto de 2024, de https://www.uptodate.com/contents/cervical-cancer-screening-risk-assessment-evaluation-and-management-after-screening?search=colposcopia&topicRef=3229&source=see_link
16. Uptodate.com. Recuperado el 19 de agosto de 2024, de https://www.uptodate.com/contents/image/print?imageKey=OBGYN%2F102346&topicKey=ONC%2F3229&search=colposcopia&rank=6%7E69&source=see_link



7a. Avenida 22-72 Zona 1
Centro Cívico, Ciudad de Guatemala
Guatemala, Centroamérica
PBX: 2412-1224
www.igssgt.org



ISBN: 978-99939-56-08-2

A standard linear barcode representing the ISBN 978-99939-56-08-2.

9 789993 956082