

Manual para la implementación del test de VPH en contexto programático

MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL TEST DE VPH EN CONTEXTO PROGRAMÁTICO

Manual para la implementación del test de VPH en contexto programático / Silvana Arrossi ... [et al.]. - 1a ed . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Instituto Nacional del Cáncer, 2016.

150 p. ; 16 x 24 cm.

ISBN 978-987-3945-28-1

1. Cáncer. 2. Neoplasias del Cuello Uterino . 3. Argentina. I. Arrossi, Silvana
CDD 616.99466

Autoridades

Presidente de la Nación

Ing. Mauricio Macri

Ministro de Salud

Dr. Jorge Lemus

Director del Instituto Nacional del Cáncer

Dr. Roberto N. Pradier

Coordinadora Técnica

Dra. Julia Ismael

Coordinadora Administrativa

Lic. Nahir Elyeche

Coordinadora Científica del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino

Dra. Silvina Arrossi

Coordinadora Ejecutiva del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino

Dra. Rosa Laudi



Índice

Prólogo.....	13
Prefacio.....	15
Introducción.....	17
Capítulo 1: ¿Por qué y cómo incorporar el test de VPH a los programas de prevención de cáncer cervicouterino?.....	19
1.1 La incorporación del test de VPH a los programas de prevención	20
1.1.1 Los cambios que genera la incorporación del test de VPH en el sistema de salud.....	22
1.1.2 ¿Cómo planificar la incorporación del test de VPH?.....	23
1.2 La incorporación del test de VPH en Argentina.....	32
1.3 Referencias.....	35
Capítulo 2: ¿Cuáles son las características operativas del tamizaje con test de VPH?.....	39
2.1 El tamizaje con test de VPH.....	40
2.2 El protocolo de tamizaje con test de VPH.....	42
2.2.1 Edad de inicio del tamizaje con test de VPH.....	42
2.2.2 Frecuencia del tamizaje con test de VPH.....	43
2.2.3 Método de triage para las mujeres VPH+.....	43
2.3 La toma de la muestra con test de VPH.....	44
2.3.1 Modalidad toma dirigida del test de VPH.....	45
2.3.2 Modalidad autotoma del test de VPH.....	52
2.4 Devolución de los resultados del test de VPH.....	61
2.5 Referencias.....	62

Capítulo 3: ¿Cómo es el seguimiento, diagnóstico y tratamiento de las mujeres VPH+?	67
3.1 La importancia de la planificación del proceso de seguimiento, diagnóstico y tratamiento de las mujeres VPH+.....	68
3.2 La identificación de las mujeres VPH+ con lesiones.....	69
3.2.1 Estrategia de seguimiento para las mujeres VPH+ y Pap normal.....	70
3.2.2 Estrategia de diagnóstico para las mujeres VPH+ y Pap anormal.....	71
3.3 Organización de la red de unidades de diagnóstico.....	73
3.3.1 Clasificación colposcópica.....	74
3.4 El tratamiento de las mujeres VPH+/Pap anormal con biopsia CIN2+.....	78
3.4.1 Características del procedimiento LEEP.....	78
3.4.2 Características de la conización a bisturí.....	79
3.5 La estrategia “Navegadoras” para el acceso al diagnóstico, seguimiento y tratamiento de las mujeres VPH+ y Pap anormal.....	80
3.6 Referencias.....	82

Capítulo 4: ¿Cómo es el funcionamiento de los laboratorios en el marco del tamizaje con test de VPH?	85
4.1 La estrategia de centralización de los laboratorios de VPH y citología en el marco del tamizaje con test de VPH.....	86
4.2 Recepción de las muestras en el laboratorio.....	88
4.3 Lectura de las muestras en el laboratorio.....	91
4.3.1 Algunos aspectos a tener en cuenta por el laboratorio de citología.....	92
4.4 El uso del SITAM en el marco del laboratorio.....	94
4.5 Referencias.....	95

Capítulo 5: ¿Cuál es el aporte de la comunicación a los programas de prevención de cáncer cervicouterino basados en el test de VPH?.....97

5.1 ¿Cómo elaborar una estrategia de comunicación en el marco de la incorporación del test de VPH?.....98

5.2 Los destinatarios de las estrategias de comunicación sobre el test de VPH.....101

5.2.1 La importancia de conocer a las mujeres.....102

5.3 Mensajes clave a transmitir a las mujeres sobre el cáncer cervicouterino y el test de VPH.....103

5.3.1 Momentos para comunicar a las mujeres sobre el test de VPH.....107

5.4 Soportes de comunicación para los mensajes sobre el test de VPH.....107

5.5 El dispositivo de consejería como estrategia de comunicación interpersonal para la prevención del cáncer cervicouterino.....110

5.6 Referencias.....113

Capítulo 6. ¿Cómo monitorear un programa de prevención de cáncer cervicouterino basado en el test de VPH?.....117

6.1 El uso del SITAM en el marco del monitoreo.....118

6.2 Indicadores de monitoreo.....120

6.3 Referencias.....125

Anexo Operativo.....127

A.1 Modelo de cronograma de actividades a realizar previamente y durante la implementación del test de VPH.....129

A.2 Guía para orientar la logística de la implementación del test de VPH.....134

A.3 Estrategias de búsqueda activa de mujeres para el tamizaje.....137

A.4 Guía elaborada por el PNPCC para evaluar y analizar el seguimiento, diagnóstico y tratamiento de las mujeres VPH+ y Pap anormal.....141



Autores

Dra. Silvina Arrossi
Lic. Mariana Curotto
Mg. Laura Thouyaret
Dra. Melisa Paolino
Dra. Milca Cuberli
Dra. Rosa Laudi

Revisión técnica

Dra. Alicia Campanera
Lic. Maia Chernomoretz

Diseño gráfico e ilustración

Raúl Klasmeier
Lara Pereyra

Agradecimientos

Oscar Marín, Carolina Florentín Cárdenas, Eugenia Fandiño, Leonardo Ghigliani,
Ana Clara Prizze, Adriana Ferrari, Martha Ferradas, Luis Paul,
Julieta Zalacaín Colombo y Leticia Rivas.



Prólogo

El tamizaje, detección y tratamiento de lesiones preneoplásicas y neoplásicas del cuello uterino constituyen una obligación impostergable en una sociedad que quiera liberarse del demérito que significa la persistencia de cifras elevadas de mortalidad evitable, evidencias claras de carencias sociales y educativas.

Estas cifras se han mantenido estables desde hace 40 años y hacían imprescindible un cambio en la difusión y la metodología de la detección temprana.

La nueva tecnología que posibilita la detección de la persistencia del virus de papiloma humano en sus cepas de importancia oncológica constituye, a pesar de su costo elevado, un esfuerzo económico más que rentable medido por los beneficios logrados a través de su realización en los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto. Se ha podido llevar a cabo en forma sistemática hasta ahora en cinco provincias, cuya población sumada es algo más del 10% de nuestra población según el Censo 2010. Se incorporarán a la brevedad otros importantes núcleos poblacionales hasta llegar a la deseada cobertura nacional.

El recurso de la autotoma, posible con esta nueva tecnología, ha sido adecuadamente llevado a cabo y evaluado por los autores, que resaltan su utilidad para vencer barreras que bloqueen el acceso a la consulta hospitalaria o de centros de salud.

Este manual para la implementación de un programa de empleo de la prueba de VPH constituye un aporte excelente que ayudará a muchos en los distintos aspectos de su realización práctica, realzando la importancia de la adecuada comunicación a los pacientes objetivo y la posterior evaluación de las metas alcanzadas. No omite, por cierto, insistir en el imprescindible respeto a la intimidad de las pacientes y al buen trato que debe ser el “sine qua non” de toda consulta médica.

Corresponde agradecer y felicitar a sus autores por haber logrado una obra académica y didácticamente muy lograda que cumplirá bien su objetivo de difusión.

Dr. Roberto N. Pradier
Director del Instituto Nacional del Cáncer

Abreviaturas

ADN: Ácido desoxirribonucleico

ANLIS: Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud

ANMAT: Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

APS: Atención primaria de la salud

AS: Agentes sanitarios

ASCUS+: Células escamosas atípicas de significado indeterminado y/o más

AT: Autotoma del test de VPH

CC: Cáncer cervicouterino

CIN 2+: Neoplasia intraepitelial cervical de grado 2 y/o más

DNI: Documento nacional de identidad

EMA: Evaluación modalidad autotoma

IARC: Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer

IFCPC: The International Federation of Cervical Pathology and Colposcopy

INC: Instituto Nacional del Cáncer

LAGs: Lesiones de alto grado

LEEP: Escisión electroquirúrgica con asa

MSAL: Ministerio de Salud de la Nación

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONGs: Organizaciones no gubernamentales

Pap: Papanicolaou

PNPCC: Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino

SITAM: Sistema de información para el tamizaje

TD: Toma dirigida

VPH: Virus del papiloma humano

VPH-: Negativo para virus del papiloma humano

VPH+: Positivo para virus del papiloma humano

VPN: Valor predictivo negativo

Prefacio

El cáncer cervicouterino representa un grave problema de salud pública en los países en desarrollo en los que el 90% de los casos tienen lugar y donde el tamizaje con citología ha resultado ineficiente, dada la ausencia de programas organizados de prevención, la distribución desigual de los recursos humanos y servicios y la falta de coordinación entre los servicios y profesionales de la salud. En Argentina, todavía 5.000 mujeres se enferman por año de cáncer cervicouterino y 2.000 fallecen a causa de este tumor. Esto ocurre aún cuando es una enfermedad casi completamente prevenible con los conocimientos y tecnología disponibles.

El test de VPH ha cambiado el paradigma de prevención del cáncer cervicouterino dadas algunas características más salientes como -por ejemplo- la posibilidad de realizar el procesamiento e interpretación de los resultados de manera automatizada y la reducción de algunos tipos de barreras de acceso al tamizaje a través de su modalidad autotoma. Además, esta prueba de tamizaje demostró tener una alta sensibilidad y elevado valor predictivo negativo, permitiendo a los programas extender el intervalo de los testeos y facilitando la cobertura del tamizaje, seguimiento, diagnóstico y tratamiento. Por otro lado, en el marco de la incorporación de la vacuna contra el VPH, esta tecnología es la más adecuada para el tamizaje de las mujeres vacunadas. Sin embargo, el test de VPH por sí solo no puede cambiar la historia de la enfermedad si no se implementan aquellos aspectos programáticos que son condición base para su efectividad: la definición de criterios de población objetivo, edad y frecuencia del tamizaje basados en la evidencia científica; la alta cobertura del tamizaje, el diagnóstico y tratamiento de las mujeres con lesiones precancerosas; la implementación de sistemas de información; y la incorporación de la perspectiva y necesidades de las mujeres en todo el continuo de cuidado.

Pocos son los países que han implementado y evaluado el desempeño del test de VPH en contextos reales programáticos y que han podido observar el modo en el que las distintas actividades deben ser llevadas adelante para garantizar la eficacia de esta estrategia de prevención. En ese sentido, Argentina es pionera en América Latina por haber implementado esta nueva tecnología en sus dos modalidades de toma en contexto real programático y realizando una evaluación rigurosa de los puntos clave para poder realizar su extensión territorial a todo el país en un futuro próximo.

Este manual es fruto del camino recorrido desde el 2011 por el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino (PNPCC) en colaboración a los programas y distintas áreas dependientes de los ministerios de salud de las provincias de Jujuy, Catamarca, Misiones, Neuquén y Tucumán. Es producto de un proceso de sistematización de la experiencia obtenida durante estos años en la implementación y expansión de la estrategia del test de VPH en escala, que tiene como misión poder compartir las lecciones aprendidas para facilitar la tarea de las futuras provincias que incorporen este nuevo método de tamizaje.

Como coordinadoras de la labor realizada por el equipo del PNPCC, estamos convencidas de que este es el camino a seguir para evitar la muerte de mujeres por cáncer cervicouterino.

Dra. Silvina Arrossi

Coordinadora Científica del PNPCC
Instituto Nacional del Cáncer

Dra. Rosa Laudi

Coordinadora Ejecutiva del PNPCC
Instituto Nacional del Cáncer

Introducción

› ACERCA DEL MANUAL

Esta es la primera edición del Manual para la implementación del test de VPH en contexto programático, elaborado por el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino (PNPCC) en base a la experiencia de las primeras provincias argentinas que incorporaron esta tecnología a su sistema de salud: Jujuy, Tucumán, Catamarca, Misiones y Neuquén.

› ¿CUÁL ES SU OBJETIVO?

En el marco de la extensión del test de VPH (virus del papiloma humano) a nuevas provincias de nuestro país, este material se propone facilitar la implementación de esta tecnología en los programas provinciales de prevención de cáncer cervicouterino (CC). El manual releva las etapas, procesos, pautas y componentes que deben tenerse en cuenta al incorporar el test de VPH como estrategia de tamizaje. Brinda información clave para planificar el proceso de implementación, teniendo en cuenta la viabilidad, sostenibilidad y los aspectos operacionales de la estrategia.

› ¿A QUIÉNES ESTÁ DIRIGIDO?

Este manual tiene como destinatarios a los tomadores de decisión de nuestro país, referentes de los programas de prevención de CC provinciales, efectores de salud involucrados en la toma de las muestras, personal de salud que trabaja en el laboratorio, investigadores, comunicadores sociales y referentes de programas de prevención internacionales que implementen el test de VPH con estrategias de tamizaje similares a la de la Argentina.





› ¿CUÁL ES LA ESTRUCTURA DEL MANUAL?

Este manual está compuesto por seis capítulos y cuatro anexos operativos. Los capítulos se enumeran a continuación:

- Capítulo 1: ¿Por qué y cómo incorporar el test de VPH a los programas de prevención de cáncer cervicouterino?
- Capítulo 2: ¿Cuáles son las características operativas del tamizaje con test de VPH?

- Capítulo 3: ¿Cómo el seguimiento, diagnóstico y tratamiento de las mujeres VPH+?
- Capítulo 4: ¿Cómo es el funcionamiento de los laboratorios en el marco del tamizaje con test de VPH?
- Capítulo 5: ¿Cuál es el aporte de la comunicación a los programas de prevención de cáncer cervicouterino basados en el test de VPH?
- Capítulo 6: ¿Cómo monitorear un programa de prevención de cáncer cervicouterino basado en el test de VPH?

Cada capítulo contiene la información necesaria para comprender los problemas y procesos al momento de implementar el test de VPH. Para una lectura más ágil, la información fue organizada jerárquicamente del siguiente modo:

	Caja de mensajes clave: resume los aspectos y procesos relevantes a tener en cuenta según el componente programático abordado en cada capítulo.
	Caja de recomendaciones: define algunos de los aspectos mencionados en los apartados del manual y brinda las recomendaciones del PNPCC para las estrategias programáticas.
	Caja operativa: describe las pautas a tener en cuenta, pasos y actividades a realizar para la implementación del test de VPH, según cada componente programático abordado.
	Caja destacada: brinda información acerca de los servicios de asistencia técnica y recursos creados por el PNPCC para apoyar la implementación del test de VPH en los programas de prevención provinciales; además de brindar información adicional sobre algún aspecto mencionado en los apartados del manual.

Esperamos que este manual les sea de gran ayuda.

1

¿POR QUÉ Y CÓMO INCORPORAR EL TEST DE VPH A LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE CÁNCER CERVICOUTERINO?

MENSAJES CLAVE

- El test de VPH es una tecnología estandarizada, automatizada y que posee una alta sensibilidad para detectar lesiones precancerosas.
- El test de VPH es un método de tamizaje eficaz para prevenir el CC pero no suplanta al trabajo organizado que los programas deben realizar con los servicios, efectores de salud y la comunidad.
- La incorporación del test de VPH debe realizarse en el marco de una política y estrategia explícita de salud pública, que debe contar con el aval de las autoridades sanitarias y del personal de salud involucrado con la prevención del CC.

A pesar de que puede prevenirse casi por completo, el CC continúa siendo un problema significativo de salud pública en Argentina. Cada año se diagnostican cerca de 5.000 casos nuevos y 2.000 mujeres mueren por esta causa.^{1,2} Las mujeres a partir de los 35 años, de bajo nivel socioeconómico y las que no logran acceder a los servicios de tamizaje son las más afectadas por esta enfermedad.³⁻⁷

La existencia y buen funcionamiento de programas organizados de tamizaje es determinante para disminuir la mortalidad por CC.⁸ Un programa organizado consiste en un sistema integrado en el cual las mujeres son invitadas, tamizadas, reciben y entienden sus resultados, son derivadas para su tratamiento si es necesario y regresan a repetir las pruebas de tamizaje según las recomendaciones vigentes.⁹ Si la calidad de las pruebas de tamizaje, la cobertura, el seguimiento y tratamiento de las mujeres con lesiones precancerosas es alto, la incidencia de esta enfermedad puede reducirse en más del 80%.⁸

En Argentina, la tasa de mortalidad ha permanecido estable durante los últimos cuarenta años.⁹ Las razones de esto se relacionan con las características oportunistas de los programas de prevención y la ausencia de un tamizaje organizado. A lo que se suma los principales problemas de la citología como método de tamizaje (toma deficiente, operador dependiente, baja calidad de lectura, etc.). En este contexto, la incorporación del test de VPH puede ser una oportunidad para reorientar la labor de los programas de prevención hacia un modelo de trabajo organizado.

1.1 LA INCORPORACIÓN DEL TEST DE VPH A LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

A partir de la década de 1990, los avances en la biología molecular permitieron establecer la relación causal entre el VPH y el CC, pudiendo así desarrollar dos nuevas tecnologías para prevenir este tipo de tumor: la vacuna contra el VPH y el test de VPH.

El desarrollo de estas tecnologías generó un cambio de paradigma en la prevención del CC. En lo que respecta al test de VPH, diversos estudios demostraron un mejor desempeño de esta prueba como método de tamizaje primario¹⁰⁻¹³ con relación a la citología dada su mayor sensibilidad para la detección de lesiones y cáncer (90% para CIN2+^a).¹⁴ Asimismo, la evidencia científica disponible mostró que el test de VPH posee un alto valor predictivo negativo (VPN), lo que permite espaciar el intervalo de tamizaje.¹⁵⁻¹⁸ Además, la modalidad autotoma que permite esta prueba tiene un potencial para superar algunas barreras de acceso al tamizaje.¹⁹⁻²⁷

Estas ventajas comparativas del test de VPH brindan una gran oportunidad a los programas para mejorar su funcionamiento. Sin embargo, les genera nuevos desafíos ya que la efectiva implementación de esta tecnología depende de la capacidad organizativa de los programas. Por esta razón, se destaca que la introducción del test de VPH no prescinde de la necesidad de contar con programas organizados sino que, por el contrario, necesita de manera imprescindible su fortalecimiento.

^a CIN2+: Neoplasia intraepitelial cervical de grado 2 y/o más.

HISTORIA NATURAL DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

El CC se produce cuando hay un crecimiento anormal de las células del cuello del útero. Estos cambios celulares (denominados lesiones) son causados -en el 99% de los casos- por la infección persistente por los tipos de VPH de alto riesgo oncogénico.

El VPH es un virus muy común de transmisión sexual, que afecta tanto a varones como a mujeres. En la mujer, la frecuencia de la infección por VPH es alta en la edad de inicio de la actividad sexual. Sin embargo, más del 90% de esas infecciones suelen ser transitorias; es decir, que son controladas por el sistema inmune y desaparecen espontáneamente en un período aproximado de dos años. Sólo el 5% de las infecciones producidas por los tipos de VPH de alto riesgo oncogénico tienen probabilidad de avanzar y generar lesiones que pueden devenir en cáncer si no son tratadas a tiempo. Esto se da preferentemente en las mujeres a partir de los 30 años.

El tiempo estimado, desde que se producen las lesiones hasta que se desarrolla CC, es entre 10 y 15 años. Este margen temporal posibilita la prevención de la enfermedad. Dado que las lesiones no se sienten ni pueden detectarse a simple vista, la realización de una prueba de testeo (tamizaje) es fundamental para prevenir este tipo de tumor.

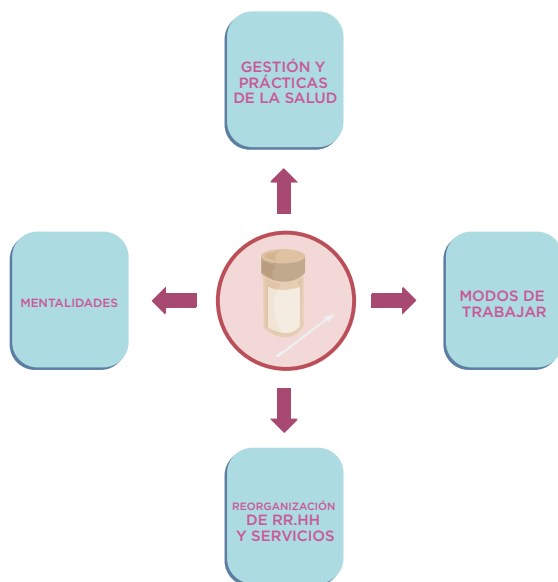
Cuadro 1.1 Características principales de la citología y del test de VPH como métodos de tamizaje

	CITOLOGÍA	TEST DE VPH
Sensibilidad de la técnica	Moderada/baja [40%-50%].	Alta [>90%].
Valor predictivo negativo	Bajo.	Alto.
Toma de la muestra	Altamente operador-dependiente.	Menos operador-dependiente. Permite la autotoma.
Traslado de la muestra	Alto riesgo de desecación y contaminación debido a la falta de cuidado en los traslados.	Colector estandarizado. Alta calidad de preservación.
Procesamiento de la muestra	Altamente dependiente del operador.	Procesamiento automático y/o semi-automático.

1.1.1 LOS CAMBIOS QUE GENERA LA INCORPORACIÓN DEL TEST DE VPH EN EL SISTEMA DE SALUD

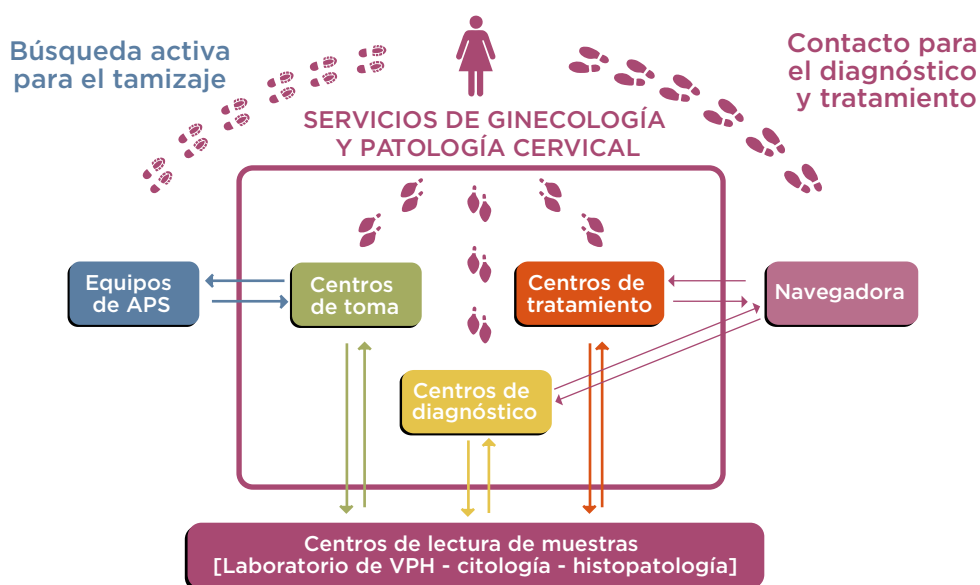
La introducción del test de VPH en el sistema público de salud implica una transformación de la organización del trabajo antes realizado y, por lo tanto, una oportunidad para movilizar recursos y motivar a los equipos de salud involucrados con la problemática.

La utilización de una nueva tecnología no sólo genera cambios en el laboratorio sino que comprende a diferentes actores gubernamentales; sectores, servicios y personal de salud; y a las mujeres destinatarias de la estrategia de tamizaje.²⁸ No se trata solamente de un cambio de tecnología. Los cambios deben producirse en los modos de entender el problema y de realizar las prácticas de trabajo al interior de los servicios. Por ello, es muy importante que los programas trabajen en la construcción de consenso para garantizar la viabilidad y sostenibilidad de esta estrategia en el tiempo.



Cambios que genera la incorporación del test de VPH en el sistema de salud.

Figura 1.1 Esquema de articulación entre los distintos efectores de salud y servicios en el marco de un programa de tamizaje organizado basado en el test de VPH



1.1.2 ¿CÓMO PLANIFICAR LA INCORPORACIÓN DEL TEST DE VPH?

La incorporación del test de VPH debe ser planificada estratégicamente.

Dado que la incorporación del test de VPH implica cambios en las formas de comprender los problemas y realizar el trabajo, la planificación debe incorporar una perspectiva estratégica²⁹ que permita conocer cuáles son las fortalezas y debilidades programáticas para la implementación de la prueba. En ese sentido, tres son los aspectos clave a considerar:

a) El análisis de las capacidades y recursos existentes en el país y/o nivel local para incorporar el test de VPH: la realización de un diagnóstico sobre estos aspectos es clave para conocer cuáles son los componentes programáticos que pueden ser facilitadores y/u obstaculizadores para incorporar el test de VPH [ver cuadro 1.2].

b) La construcción de viabilidad política para la introducción del test de VPH: alcanzar la viabilidad política de la estrategia del test de VPH es primordial, ya que la implementación estará condicionada por los intereses, motivaciones, creencias y recursos de los actores involucrados en ese proceso.³⁰ Ignorar la perspectiva de los actores conducirá a iniciativas equivocadas y perjudicará el proceso de incorporación²⁹ [ver cuadro 1.3 y anexo 1].

c) La implementación inicial a pequeña escala de la estrategia de tamizaje con test de VPH: es recomendable la realización de un proyecto piloto en alguna jurisdicción seleccionada que permita desarrollar, monitorear y evaluar los distintos componentes programáticos que deben articularse para incorporar el test de VPH. La información obtenida en el proceso será fundamental para la extensión del test de VPH a una mayor escala [ver cuadro 1.4 y anexos 1-2].

¿QUÉ ES LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA?

La planificación estratégica es un ejercicio de reflexión-acción que uno o más actores sociales realizan para diseñar intervenciones o mejorar sus prácticas, considerando la producción social como consecuencia de la interacción de fuerzas sociales que concurren en algún punto de aplicación.²⁹

Se caracteriza por:

- Concebir a la realidad como un proceso dinámico.
- Hacer foco en el presente y en el contexto en el cual se lleva adelante la acción.
- Incluir una perspectiva de poder en el modo de abordar los problemas (y los conflictos entre los actores sociales involucrados).
- Incluir herramientas analíticas para comprender la complejidad y proveer de significado y sentido a las actividades que realizan los actores involucrados.

Cuadro 1.2 Aspectos a relevar para el análisis de las capacidades y recursos existentes para la incorporación de la estrategia del test de VPH

¿QUÉ RELEVAR?	RECURSOS Y/O CAPACIDADES A OBSERVAR
Financiamiento para la compra de los insumos y equipos	<ul style="list-style-type: none"> - Test de VPH, reactivos y equipos para su procesamiento. - Microscopios y colposcopios. - Procesadores de biopsias. - Biombos, camillas ginecológicas, etc.
Recursos humanos capacitados para implementar la estrategia del test de VPH	<ul style="list-style-type: none"> - Agentes sanitarios (AS) y/o promotores de salud. - Ginecólogos y obstétricos. - Jefe y técnicos de laboratorio. - Citólogos y patólogos. - Colposcopistas y especialistas en patología cervical. - Navegadoras.
Estrategias para la búsqueda activa	<ul style="list-style-type: none"> - Personal de salud destinado a realizar la actividad. - Formas de contacto de las mujeres para el tamizaje. - Mensajes brindados durante la búsqueda activa.
Características de la red de servicios de tamizaje, diagnóstico y tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Personal destinado a la toma de las muestras, realización de colposcopías y tratamientos. - Niveles de capacitación. - Insumos y equipamiento disponibles. - Cantidad y estructura de los servicios disponibles para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento.

¿QUÉ RELEVAR?	RECURSOS Y/O CAPACIDADES A OBSERVAR
<p>Modalidades de devolución de los resultados del test de tamizaje</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Personal de salud que devuelve resultados. - Contexto en el cual son entregados. - Mensajes que se brindan. - Red de referencia-contrarreferencia.
<p>Estrategias para el acceso de las mujeres a los servicios de diagnóstico y tratamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Turnos prioritarios y protegidos. - Vehículos para el traslado. - Existencia de navegadoras.
<p>Armado y funcionamiento de los laboratorios</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Espacio físico. - Ambientación. - Recursos humanos. - Equipamiento. - Capacidad del laboratorio para el procesamiento diario.
<p>Sistema de información</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Uso del SITAM. -Modalidad de impresión de resultados. -Recursos humanos capacitados para el uso del SITAM.

Cuadro 1.3 Actividades y actores clave para la construcción de viabilidad política en el marco de la incorporación del test de VPH

ACTIVIDAD	ACTORES CLAVE	FUNDAMENTACIÓN	SUGERENCIAS
<p>Identificar y acordar la voluntad política de cambio de método de tamizaje</p>	<p>- Decisores políticos nacionales, provinciales y municipales.</p>	<p>- El marco político sustenta las decisiones a nivel de la organización del sistema de salud, asigna presupuesto, recursos humanos y establece normas regulatorias.</p>	<p>- La voluntad política debe ser explicitada al inicio del proceso, a través de un acuerdo político institucional con las más altas autoridades sanitarias. Este acuerdo debe contemplar metas y compromisos formales para lograrlas.</p>
<p>Presentación del proyecto ante autoridades del ámbito local donde se implementará el test de VPH</p>	<p>- Directivos de salud; efectores de salud; equipos de atención primaria de la salud (APS); etc.</p>	<p>- Dar a conocer la estrategia y trabajar para lograr el apoyo de los actores involucrados con la incorporación del test de VPH es fundamental para garantizar la eficacia del proyecto. El intercambio con los actores posibilitará también evaluar el compromiso de éstos con el cambio de la estrategia de tamizaje.</p>	<p>- Esta actividad debe ser posterior a la mantenida con las autoridades de salud pues debe transmitirse que el proceso será acompañado por la voluntad política de ejecutarlo y de sostener los cambios.</p> <p>- Es recomendable que el resultado de esta actividad sea un cronograma de tareas y listado de responsabilidades de trabajo [ver anexo 1].</p>

ACTIVIDAD	ACTORES CLAVE	FUNDAMENTACIÓN	SUGERENCIAS
<p>Establecimiento de un Consejo Asesor</p>	<p>- Sociedades científicas; referentes académicos; referentes con experiencia en incorporar nuevas tecnologías; organismos y entes de gobierno. Pueden ser del ámbito nacional e internacional.</p>	<p>- Contar con el apoyo de referentes externos al programa fortalece la credibilidad y viabilidad del proyecto. Asimismo, permite validar las modificaciones necesarias e incorporar las visiones y experiencias de grupos y personas con amplia trayectoria en el tema.</p>	<p>- La evaluación del Consejo Asesor debe hacer hincapié en sugerir mejoras para el funcionamiento del programa de prevención.</p>
<p>Presentación del proyecto ante los principales actores sociales relacionados con la prevención del CC</p>	<p>- Sociedades científicas; agencias gubernamentales; organizaciones de mujeres; organizaciones no gubernamentales (ONGs), universidades, etc.</p>	<p>- Involucrar a estos actores puede favorecer a la legitimación de la introducción del test de VPH en el sistema de salud.</p>	<p>- Es relevante realizar estas actividades durante las etapas iniciales del cambio de estrategia de tamizaje, de manera de incorporar a estas instituciones en dicho proceso.</p>
<p>Elaboración de las normas específicas que regulen la utilización del test de VPH</p>	<p>- Decisores políticos.</p>	<p>- La existencia de una norma de este tipo facilita la institucionalización de la estrategia del test de VPH, su extensión territorial y su sostenibilidad en el tiempo.</p>	<p>- Se sugiere que estas normas se materialicen en resoluciones ministeriales y/o nacionales.</p>

ACTIVIDAD	ACTORES CLAVE	FUNDAMENTACIÓN	SUGERENCIAS
<p>Presentación del proyecto en reuniones, congresos y eventos científicos nacionales e internacionales.</p>	<p>- Investigadores; decisores políticos; organizaciones sociales; profesionales; técnicos; sociedades científicas; etc.</p>	<p>- La difusión del proyecto en estos espacios amplía el público con conocimiento del proyecto, facilita la institucionalización de la propuesta y aporta a la legitimación del proyecto.</p>	<p>- Es importante que esta actividad sea realizada al inicio del proyecto así como también a medida que se vayan teniendo resultados parciales.</p>
<p>Involucramiento de los medios masivos de comunicación.</p>	<p>- Periodistas y/o comunicadores sociales que trabajan en medios gráficos, audiovisuales y digitales.</p>	<p>- La difusión de la disponibilidad del test de VPH en el sistema de salud es fundamental para que las mujeres se acerquen de manera voluntaria a los servicios a testearse y para apoyar las actividades de búsqueda activa realizadas por los equipos de APS.</p>	<p>- El acercamiento hacia los medios debe realizarse a través de una instancia de formación que incluya el abordaje epidemiológico de la enfermedad, sus bases científicas y la participación de los comunicadores como voceros directos e indirectos de las actividades del programa.</p>

Cuadro 1.4 Aspectos a monitorear durante la implementación a pequeña escala del test de VPH^b

¿QUÉ MONITOREAR?	ASPECTOS A OBSERVAR SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN
Estrategia de capacitación del equipo de salud involucrado con la toma, diagnóstico y tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Contenidos y habilidades incorporados por los tomadores de test de VPH. - Contenidos y habilidades incorporados por los ginecólogos para orientar a las mujeres durante el tamizaje, diagnóstico, seguimiento y tratamiento. - Contenidos y habilidades incorporadas por las navegadoras. - Adherencia a las recomendaciones del tamizaje, seguimiento, diagnóstico y tratamiento para prevenir el CC por parte del equipo de salud.
Estrategias de búsqueda activa de mujeres en edad objetivo	<ul style="list-style-type: none"> - Diseño de los listados nominalizados de mujeres sin tamizar a contactar. - Estrategia de contacto de las mujeres para la promoción del tamizaje.
Centros de tomas de muestras, diagnóstico y tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Cantidad y calidad de la tomas realizadas. - Trato brindado a las mujeres por el personal de salud y administrativo.
Sistema de obtención de los tubos colectores	<ul style="list-style-type: none"> - Responsables de la recepción de tubos colectores por zona sanitaria/ servicio de salud. - Carga de planillas de control de stock de tubos colectores e insumos utilizados. - Existencia de un sistema de ubicación de tubos colectores a nivel territorial. - Red de referencia para la solicitud tubos colectores.

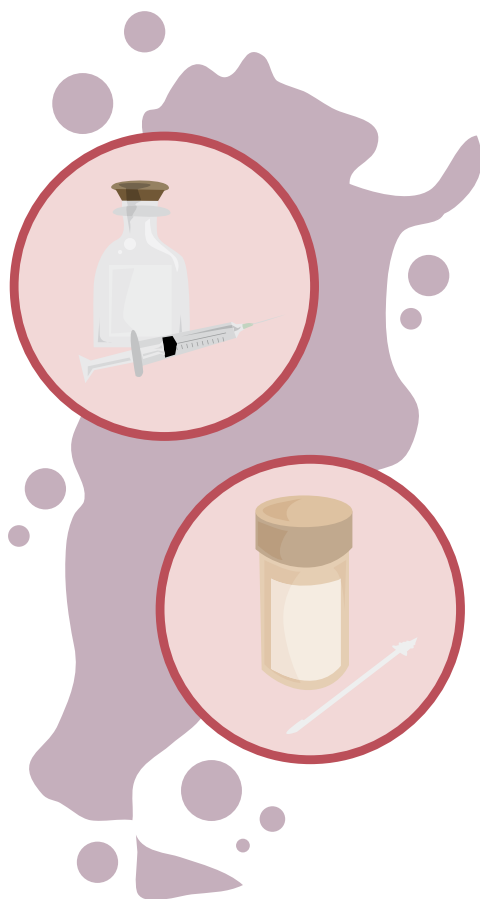
^b En el anexo 2 encontrará una guía de preguntas para monitorear la estrategia a nivel local.

¿QUÉ MONITOREAR?	ASPECTOS A OBSERVAR SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN
Sistema de transporte y procesamiento de las muestras de VPH	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema de identificación de las muestras que incluya día de toma de la muestra. - Logística y procedimiento para el traslado de las muestras. - Protocolos de trabajo para la mesa de entradas del laboratorio. - Espacios físicos en los laboratorios para el almacenamiento de las muestras con las condiciones necesarias para su posterior procesamiento. - Protocolos de trabajo para el correcto procesamiento de las muestras de VPH. - Capacidad de procesamiento de muestras diarias por parte de los laboratorios.
Sistema de entrega de resultados a las mujeres	<ul style="list-style-type: none"> - Estrategia de impresión de resultados. - Encargados de imprimir y comunicar resultados.
Sistema de información para el monitoreo de la estrategia	<ul style="list-style-type: none"> - Registro de toma realizada y enviada al laboratorio. - Registro de toma realizada y rechazada para su procesamiento y/o lectura. - Registro de colposcopías, biopsias y tratamientos.
Sistema de derivación de las mujeres para el seguimiento, diagnóstico y tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Personal de salud que contactará a las mujeres sin diagnóstico, seguimiento y/o tratamiento. - Estrategias de contacto de las mujeres sin diagnóstico y/o tratamiento. - Estrategias para el acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento.
Difusión del test de VPH a la población y equipos de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Mensajes brindados. - Materiales de comunicación destinados a mujeres en edad objetivo y población general. - Materiales de comunicación destinado a los equipos de salud. - Responsables de la distribución y reposición de los materiales.

1.2 LA INCORPORACIÓN DEL TEST DE VPH EN ARGENTINA

En el 2011, Argentina implementó una estrategia integral para prevenir el CC que consistió en la incorporación de la vacuna contra el VPH al Calendario Nacional de Vacunación para las niñas de 11 años y el test de VPH en el sistema público de salud para el tamizaje de las mujeres a partir de los 30 años.

La incorporación del test de VPH fue realizada en el marco de un proyecto demostración en la provincia de Jujuy, llevado adelante por el PNPCC en colaboración con el Ministerio de Salud de dicha provincia. La experiencia jujeña permitió evaluar el desempeño del tamizaje, el diagnóstico y tratamiento en un programa de prevención basado en el test de VPH. En base a los buenos resultados obtenidos en el marco de ese proyecto, en el 2014 la estrategia se extendió a las provincias de Tucumán, Catamarca, Misiones y Neuquén.



CAJA OPERATIVA 1.1: PASOS A TENER EN CUENTA AL MOMENTO DE INCORPORAR EL TEST DE VPH

- Generar acuerdos marco con autoridades nacionales y provinciales.
- Diseñar estrategias de búsqueda activa para alcanzar las metas de tamizaje [ver anexo 3].
- Instalar, centralizar e integrar el laboratorio de VPH con los laboratorios de citología e histopatología.
- Reorganizar la red de referencia y contrarreferencia para el diagnóstico y tratamiento de las mujeres con resultados VPH+.
- Capacitar al equipo de salud involucrado con la prevención del CC.
- Fomentar la adherencia del equipo de salud a las recomendaciones de tamizaje, seguimiento, diagnóstico y tratamiento elaboradas por el PNPCC.
- Capacitar al equipo de salud en el uso del SITAM para la carga de muestras/resultados, impresión de resultados y seguimiento de las mujeres VPH+.
- Difundir la disponibilidad, finalidad y significado de los resultados del test de VPH entre las mujeres destinatarias de la prueba.

CASO EJEMPLO: LA IMPLEMENTACIÓN DEL TEST DE VPH EN LA PROVINCIA DE JUJUY ^c

La incorporación del test de VPH en el marco de un proyecto demostración fue acordada por la mayoría de los representantes provinciales durante el II Seminario Internacional, organizado por el PNPCC en el 2010.³¹ Dicha propuesta fue presentada ante el Ministerio de Salud de la Nación, quien la aprobó en el 2011 bajo la resolución 1472/11.³²

La provincia seleccionada para implementar el test de VPH fue Jujuy.³³ El Ministerio de Salud provincial respaldó esta política a través de una resolución ministerial que declaraba la incorporación del test de VPH como prioridad de salud pública.³⁴

En lo que respecta al diseño y planificación de la estrategia, algunas áreas ministeriales de la provincia y las autoridades del hospital Pablo Soria (seleccionado para instalar el laboratorio de VPH) fueron involucradas. Asimismo, se estableció y organizó la red de referencia-contrarreferencia de diagnóstico y tratamiento para lo cual 18 servicios de colposcopia (distribuidos en toda la provincia) fueron asignados para la realización de esta práctica y dos navegadoras fueron capacitadas para brindar orientación a las mujeres con test de VPH+ y citología anormal.³⁵

El Sistema de Información para el Tamizaje (SITAM) fue rediseñado para incorporar el módulo VPH.³³ Se elaboró también una estrategia de información y difusión del test de VPH que consistió en el desarrollo de piezas gráficas, televisivas y radiales destinadas a las mujeres en edad objetivo y población general; además de piezas gráficas específicas destinadas al equipo de salud.³⁵

Para garantizar la calidad de la toma de la muestra de test de VPH, todos los ginecólogos y el personal del equipo de salud encargado de la toma fueron capacitados. Asimismo, los AS recibieron una capacitación sobre el test de VPH y el significado de sus resultados; los colposcopistas recibieron un curso de actualización en diagnóstico colposcópico; y el jefe de laboratorio de VPH recibió una capacitación especial por parte del proveedor de la prueba de VPH.³⁵

Por otro lado, se estableció un Comité Científico externo que estuvo conformado por integrantes de las principales sociedades científicas; la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Dr. Carlos Malbrán"; universidades nacionales; ONGs vinculadas a la problemática; organizaciones de mujeres y derechos humanos y organizaciones internacionales. Los objetivos y actividades realizadas en el marco del proyecto fueron evaluados por dicho comité.³³ Asi-

^c Adaptado de Arrossi et al. Implementation of HPV-testing for cervical cancer screening in programmatic contexts: the Jujuy demonstration project in Argentina. *Int J Cancer*. 2015; 137(7):1709-1718.

mismo, el PNPCC acompañó la incorporación de la prueba con la elaboración de las recomendaciones para el tamizaje, seguimiento, diagnóstico y tratamiento en contexto de VPH. Estas recomendaciones fueron consensuadas por los representantes provinciales, sociedades científicas de ginecología-citología-patología cervical y miembros de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC).³⁶

Al finalizar el primer año de tamizaje, el 100% de los centros de salud había incorporado el test de VPH en sus servicios y alrededor de 23.000 mujeres habían sido testeadas bajo esta modalidad. La adherencia de los profesionales de salud a la edad de inicio de tamizaje fue del 98,5%. En lo que respecta al desempeño del test de VPH, en una primera ronda de tamizaje se duplicó la detección de las lesiones precancerosas obtenida por la citología durante el 2011 (1,25% vs. 0,62%). El 80% de las mujeres que necesitaron ser diagnosticadas accedieron a los servicios de coloscopia.³³

1.3 REFERENCIAS

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. GLOBOCAN 2012 v1.1, Cancer incidence and mortality worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon: IARC-WHO; 2013. [citado 23 jul 2016]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>
2. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino. Institucional, Programa Nacional [Internet]. Buenos Aires: MSAL; 2016. [citado 31 may 2016]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/index.php/institucional/programa-nacional/programa-nacional>
3. Arrossi S, Ramos S, Paolino M, Sankaranarayanan R. Social inequality in Pap smear coverage: identifying under-user of cervical cancer screening in Argentina. *Reprod Health Matters*. 2008; 16(32):50-58.
4. Zamberlin N, Thouyaret L, Arrossi S. Lo que piensan las mujeres: conocimientos y percepciones sobre el cáncer de cuello de útero y realización del Pap. Buenos Aires: OPS/OMS; 2011.
5. Paolino M, Arrossi S. Women's knowledge about cervical cancer, Pap smear and human papillomavirus and its relation to screening in Argentina. *Women Health*. 2011; 51(1):72-87.
6. Paolino M, Arrossi S. Análisis de los motivos del abandono del proceso de seguimiento y tratamiento por parte de mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en la provincia de Jujuy: implicancias para la gestión. *Salud Colect*. 2012; 8(3):247-261.

7. Paolino M, Pantelides E, Bruno M, Maceira V, Peña L, Godoy J, et al. Determinantes sociales del seguimiento y tratamiento de mujeres con Pap anormal en Avellaneda, provincia de Buenos Aires. *Rev Argent Salud Pública*. 2011; 2(8):21-27.
8. Sankaranarayanan R, Budukh AM, Rajkumar R. Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries. *Bull World Health Organ*. 2001; 79(10):954-962.
9. Arrossi, S, Paolino M. Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino en Argentina. Informe final: diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales. Buenos Aires: OPS; 2008.
10. Leinonen M, Nieminen P, Kotaniemi-Talonen L, Malila N, Tarkkanen J, Laurila P, et al. Age-specific evaluation of primary human papillomavirus screening vs conventional cytology in a randomized setting. *J Natl Cancer Inst*. 2009; 101(23):1612-1623.
11. Zhao FH, Lin MJ, Chen F, Hu SY, Zhang R, Belinson JL, et al. Performance of high-risk human papillomavirus DNA testing as a primary screen for cervical cancer: a pooled analysis of individual patient data from 17 population-based studies from China. *Lancet Oncol*. 2010; 11(12):1160-1171.
12. Ronco G, Giorgi-Rossi P, Carozzi F, Confortini M, Dalla Palma P, Del Mistro A, et al. Efficacy of human papillomavirus testing for the detection of invasive cervical cancers and cervical intraepithelial neoplasia: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol*. 2010; 11(3):249-257.
13. Rijkaart DC, Berkhof J, van Kemenade FJ, Coupe VM, Rozendaal L, Heideman DA, et al. HPV DNA testing in population-based cervical screening (VUSA-Screen study): results and implications. *Br J Cancer*. 2012; 106(5):975-981.
14. Arbyn M, Ronco G, Anttila A, Meijer CJ, Poljak M, Ogilvie G, et al. Evidence regarding human papillomavirus testing in secondary prevention of cervical cancer. *Vaccine* 2012; 30(5):88-99.
15. Dillner J, Rebolj M, Birembaut P, Petry KU, Szarewski A, Munk C, et al. Long term predictive values of cytology and human papillomavirus testing in cervical cancer screening: joint European cohort study. *BMJ*. 2008; 337:1754.
16. Mesher D, Szarewski A, Cadman L, Cubie H, Kitchener H, Luesley D, et al. Long-term follow-up of cervical disease in women screened by cytology and HPV testing: results from the HART study. *Br J Cancer*. 2010; 102(9):1405-1410.
17. Kitchener HC, Gilham C, Sargent A, Bailey A, Albrow R, Roberts C, et al. A comparison of HPV DNA testing and liquid based cytology over three rounds of primary cervical screening: extended follow up in the ARTISTIC trial. *Eur J Cancer*. 2011; 47(6):864-871.

18. Ronco G, Dillner J, Elfström KM, Tunesi S, Snijders PJ, Arbyn M, et al. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. *Lancet*. 2014; 383(9916):524-532.
19. Léniz J, Barriga MI, Lagos M, Ibáñez C, Puschel K, Ferreccio C. HPV vaginal self-sampling among women non-adherent to Papanicolaou screening in Chile. *Salud Publica Mex*. 2013; 55(2):162-169.
20. Wikström I, Lindell M, Sanner K, Wilander E. Self-sampling and HPV testing or ordinary Pap-smear in women not regularly attending screening: a randomised study. *Br J Cancer*. 2011; 105(3):337-339.
21. Flores Y, Bishai D, Lazcano E, Shah K, Lörincz A, Hernández M, et al. Improving cervical cancer screening in Mexico: results from the Morelos HPV Study. *Salud Publica Mex*. 2003; 45(3):388-398.
22. Darlin L, Borgfeldt C, Forslund O, Hénic E, Hortlund M, Dillner J, et al. Comparison of use of vaginal HPV self-sampling and offering flexible appointments as strategies to reach long-term non-attending women in organized cervical screening. *J Clin Virol*. 2013; 58(1):155-160.
23. Giorgi Rossi P, Marsili LM, Camilloni L, Iossa A, Lattanzi A, Sani C, et al. The effect of self-sampled HPV testing on participation to cervical cancer screening in Italy: a randomised controlled trial (ISRCTN96071600). *Br J Cancer*. 2011; 104(2):248-254.
24. Virtanen A, Nieminen P, Luostarinen T, Anttila A. Self-sample HPV tests as an intervention for nonattendees of cervical cancer screening in Finland: a randomized trial. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2011; 20(9):1960-1969.
25. Gök M, Heideman DA, van Kemenade FJ, Berkhof J, Rozendaal L, Spruyt JW, et al. HPV testing on self collected cervicovaginal lavage specimens as screening method for women who do not attend cervical screening: cohort study. *BMJ*. 2010; 340:1040.
26. Racey CS, Withrow DR, Gesink D. Self-collected HPV testing improves participation in cervical cancer screening: a systematic review and meta-analysis. *Can J Public Health*. 2013; 104(2):159-166.
27. Lazcano-Ponce E, Lorincz AT, Cruz-Valdez A, Salmerón J, Uribe P, Velasco-Mondragón E, et al. Self-collection of vaginal specimens for human papillomavirus testing in cervical cancer prevention (MARCH): a community-based randomised controlled trial. *Lancet*. 2011; 378(9806):1868-1873.
28. Arrossi S. Introducción del test de VPH en Argentina: principales lecciones para transferir al resto del país [disertación]. Buenos Aires: IV Seminario Internacional “Prevención del Cáncer Cervicouterino en Argentina en la era del VPH: lo nuevo, lo recorrido, lo que vendrá”; 2012. [citado 22 ago 2016]. Disponible en:

http://www.msal.gob.ar/cancer-cervico-uterino/images/stories/4-seminarios/pdf/Seminario2012/dia1/bloque2/2014-04_4_Arrossi-Introduccion-Test-VPH-Argentinanueva.pdf

29. Rovere M. Planificación estratégica en salud; acompañando la democratización de un sector en crisis. Cuadernos Médicos Sociales. 1999; 75:31-63.

30. Olavarría Gambi M. Conceptos Básicos en el Análisis de Políticas Públicas. Documentos de Trabajo N°11. Chile: INAP; 2007.

31. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino. Seminarios, Seminario 2010 [Internet]. Buenos Aires: MSAL; 2010. [citado 22 ago 2016]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/cancer-cervico-uterino/index.php/seminarios/seminario-2010>

32. Boletín Oficial de la República Argentina. Resolución 1472/11 “Proyecto Demostración para la incorporación de la prueba de HPV como tamizaje primario”. Buenos Aires: Presidencia de la Nación Argentina; 2011.

33. Arrossi S, Thouyaret L, Laudi R, Marín O, Ramírez J, Paolino M, et al. Implementation of HPV-testing for cervical cancer screening in programmatic contexts: the Jujuy demonstration project in Argentina. *Int J Cancer*. 2015; 137(7):1709-1718.

34. Boletín Oficial e Imprenta del Estado de la Provincia de Jujuy. Resolución Ministerial 7665/11. San Salvador de Jujuy: Gobierno de Jujuy; 2011.

35. Instituto Nacional del Cáncer. Programa de Prevención y Detección de Cáncer Cervicouterino. Materiales gráficos. [Internet]. Buenos Aires: INC-MSAL; 2013. [citado 22 ago 2016]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/inc/index.php/programas/programa-de-prevencion-y-deteccion-de-cancer-cervicouterino>

36. Instituto Nacional del Cáncer. Prevención del cáncer cérvico-uterino. Recomendaciones para el tamizaje, seguimiento y tratamiento de mujeres para la prevención del cáncer cérvico-uterino en el marco de la incorporación de la prueba de VPH. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2011.

2

¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS OPERATIVAS DEL TAMIZAJE CON TEST DE VPH?

MENSAJES CLAVE

- El test de VPH debe ser incorporado en el marco de una estrategia de tamizaje en el que estén establecidos la edad de inicio, la frecuencia, el método de triage y la articulación entre los servicios y equipos de salud.
- Asegurar la intimidad de la mujer durante la toma y promover un vínculo de confianza es imprescindible para minimizar el miedo y el pudor que el tamizaje puede generar.
- La AT puede ser una estrategia especialmente importante para promover el acceso al tamizaje de las mujeres que habitualmente no acceden a los servicios de salud. Es altamente aceptada por las mujeres y puede ser realizada en cualquier espacio físico.
- Una buena gestión y comunicación de los resultados del test de VPH es relevante para que las mujeres VPH+ accedan al diagnóstico y tratamiento temprano.

En el marco de los programas de prevención, el tamizaje constituye un aspecto fundamental ya que posibilita detectar a las mujeres que poseen un riesgo potencial de desarrollar CC. Para que sea efectivo, el tamizaje debe alcanzar altas coberturas y la prueba con la que se realice debe tener un alto rendimiento en la detección de lesiones CIN2+.¹

Si bien se conoce que el test de VPH posee un mejor desempeño para detectar este tipo de lesiones comparado con la citología,² el test de VPH no puede por sí solo superar las múltiples barreras de acceso que tienen las mujeres a los servicios de salud. En nuestro país, la baja cobertura del tamizaje ha sido uno de los problemas más recurrentes de los programas de prevención debido a la existencia de diversas barreras de acceso (geográficas, culturales, sociales y relacionadas a la organización/coordina-

ción de los servicios de salud) que inciden en el vínculo entre las mujeres y los servicios de salud.³ A ello se suma la gran proporción de pruebas de testeo realizadas a mujeres jóvenes que acuden de manera regular a los servicios y que son incluso tamizadas con una frecuencia mayor a la necesaria.³

Para que el tamizaje tenga un efecto transformador en la prevención del CC, es necesario que el test de VPH sea incorporado en el marco de una estrategia que incluya definiciones acerca de la edad de inicio de la prueba, la frecuencia, el método de triage, los modos de articulación entre los servicios/equipos involucrados y las estrategias de búsqueda activa para garantizar altas coberturas de tamizaje en las mujeres en edad objetivo.

2.1 EL TAMIZAJE CON TEST DE VPH

El test de VPH consiste en la toma de una muestra de ADN del cuello de útero de la mujer para la detección de los tipos de VPH de alto riesgo oncogénico.

El test de VPH es una tecnología clave para la prevención del CC porque posibilita a los programas identificar a las mujeres que poseen los tipos de VPH de alto riesgo oncogénico, asociados con el desarrollo de lesiones de alto grado (LAGs) y cáncer. Este potencial de la prueba permite concentrar los esfuerzos programáticos en las mujeres que poseen mayor riesgo de desarrollar CC.

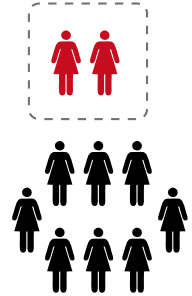
Población de mujeres



Aplicación y procesamiento del test de VPH



Mujeres tamizadas



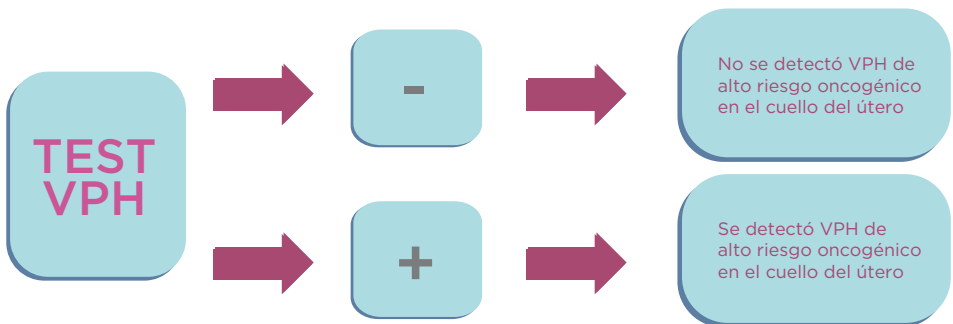
Referencias

- Mujeres en edad objetivo para el tamizaje
- Mujeres con VPH de alto riesgo oncogénico
- Mujeres con VPH de bajo riesgo oncogénico

Tamizaje con test de VPH

El test de VPH brinda dos tipos de resultados que orientan los pasos a seguir:

- **VPH negativo:** significa que no se ha detectado VPH de alto riesgo oncogénico en el cuello del útero.
- **VPH positivo:** significa que se ha detectado VPH de alto riesgo oncogénico en el cuello del útero.



Resultados del test de VPH

2.2 EL PROTOCOLO DE TAMIZAJE CON TEST DE VPH

Este apartado tiene el objetivo de dar a conocer las principales características del protocolo de tamizaje basado en el test de VPH recomendado por el PNPCC.

2.2.1 EDAD DE INICIO DEL TAMIZAJE CON TEST DE VPH

El test de VPH está indicado para las mujeres a partir de los 30 años.

Dado que la frecuencia de la infección por VPH es alta en la edad de inicio de la actividad sexual y que más del 90% de esas infecciones son transitorias,^{4,5} la realización de esta prueba en las mujeres menores de 30 años conlleva el riesgo de sobrediagnóstico y sobretratamiento.⁶ Esto puede generar ansiedad y tratamientos innecesarios en las mujeres jóvenes, con posibilidad de complicaciones perinatales.⁷ Por tal motivo, el PNPCC recomienda tamizar a las mujeres que posean entre 25 y 29 años con Pap. Esta misma prueba es recomendada a las mujeres embarazadas.⁷



Edad de inicio de tamizaje con Pap y test de VPH
recomendada por el PNPCC

2.2.2 FRECUENCIA DEL TAMIZAJE CON TEST DE VPH

El intervalo de tamizaje con test de VPH es de 5 años, luego de un resultado negativo.

El test de VPH posee un VPN cercano al 100%.^{6,8-11} Lo cual posibilita implementar intervalos de tamizaje mucho más amplios que el Pap, con bajo riesgo de que la mujer desarrolle CIN2/3 en su próxima ronda de tamizaje.¹² La evidencia científica disponible da cuenta que el VPN del test de VPH permanece elevado a través del tiempo, como mínimo durante 6 años.^{11,14} Por tal motivo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) así como los países que se encuentran implementando el test de VPH como tamizaje primario -entre ellos Argentina- recomiendan a las mujeres realizarse un test de VPH cada 5 años, luego de un resultado VPH negativo.^{7,15-17}

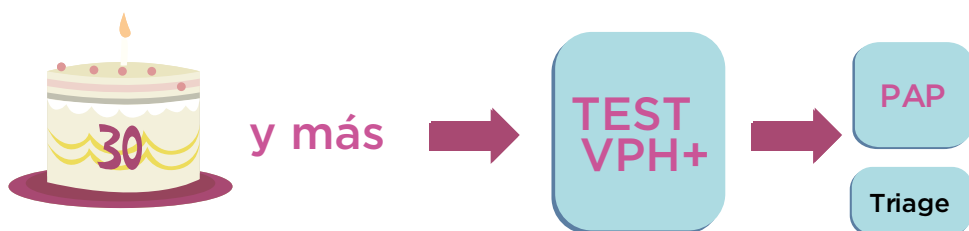


Frecuencia de tamizaje del test de VPH
recomendada por el PNPCC

2.2.3 MÉTODO DE TRIAGE PARA LAS MUJERES VPH+

El método de triage para las mujeres VPH+ es el Pap.

El test de VPH posee una relativa baja especificidad (89%)¹⁸ para la identificación de lesiones precancerosas. Esta característica del test de VPH hace necesario la aplicación de una segunda prueba (triage) a las mujeres VPH+ para poder identificar quiénes -entre este grupo de mujeres- han desarrollado lesiones para que puedan ser diagnosticadas y/o tratadas de manera oportuna.

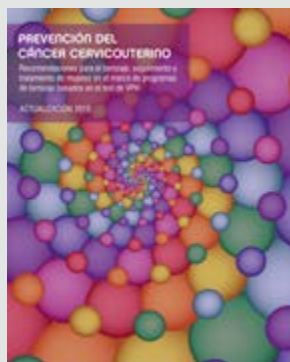


Estrategia de triage para las mujeres VPH+ recomendada por el PNPCC

PROTOCOLO DE TAMIZAJE CON TEST DE VPH

En el año 2015, el PNPCC actualizó las recomendaciones para el tamizaje, seguimiento y tratamiento de mujeres para la prevención del CC.⁷

Este capítulo retoma los principales puntos a tener en cuenta sobre el tamizaje. En el capítulo 3 se describen los principales puntos del protocolo de seguimiento, diagnóstico y tratamiento de las mujeres VPH+. Las recomendaciones completas se encuentran disponibles en: www.salud.gov.ar/inc



2.3 LA TOMA DE LA MUESTRA CON TEST DE VPH

Como dispositivo tecnológico el test de VPH permite dos modalidades de toma: dirigida y autotoma.

- Toma Dirigida [TD]: es la toma realizada por un miembro del equipo de salud.
- Autotoma [AT]: es la toma realizada por la propia mujer.

2.3.1 MODALIDAD TOMA DIRIGIDA DEL TEST DE VPH

El PNPCC recomienda la estrategia de “doble toma de la muestra” cuando se realiza la TD del test de VPH.⁷ Esta estrategia consiste en la toma de una muestra de VPH y Pap a las mujeres en una misma consulta, con el fin de reducir una visita al centro de salud cuando el resultado del test es positivo. Sólo los Paps de las mujeres VPH+ son leídos por el laboratorio de citología.

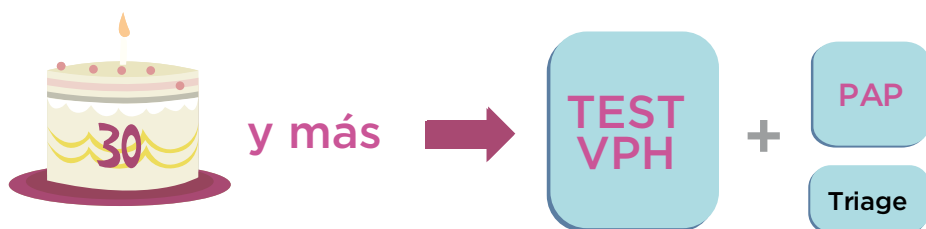
En lo que respecta al procedimiento de la TD, este es muy similar al del Pap: la mujer se recuesta en una camilla en posición ginecológica y el tomador de la muestra -luego de colocar el espéculo- extrae con un cepillo diseñado para tal fin una muestra de células del cuello del útero. Esa muestra es colocada en un tubo colector y es analizada en un laboratorio de biología molecular a través de un procesador automático para detectar la presencia de ADN de los tipos de VPH de alto riesgo oncogénico.

Cualquier miembro del equipo de salud capacitado y entrenado puede llevar adelante la toma de la muestra (médicos ginecólogos, generalistas y/o de familia, obstétricos, enfermeros, AS, etc.). Este

procedimiento puede realizarse en cualquier establecimiento de salud que cuente con los tubos colectores y un consultorio equipado para la toma (posta sanitaria, centros de APS y/u hospital de un tercer nivel de atención).



Modalidad toma dirigida del test de VPH



Estrategia de la doble toma de la muestra
recomendada por el PNPCC

CAJA OPERATIVA 2.1: PAUTAS A TENER EN CUENTA PARA LA TOMA DIRIGIDA DEL TEST DE VPH

- Asegurar la intimidad de la mujer en el consultorio y promover un vínculo de confianza para minimizar el miedo y el pudor que suelen generar las prácticas ginecológicas.
- Realizar la toma del Pap antes que la toma del test de VPH.
- Garantizar la correcta identificación del test de VPH y el Pap [nombre y apellido de la mujer, DNI y fecha de toma de las muestras] para evitar confusiones y/o errores durante su registro y procesamiento en el laboratorio. Se aconseja que esta tarea esté a cargo del mismo profesional que realiza la toma de la muestras.
- Es recomendable la carga descentralizada de los datos filiatorios de la mujer y de la muestra en el SITAM en los centros de toma [ver caja operativa 4.6].
- Realizar el traslado conjunto del tubo colector y el Pap al laboratorio.
- Garantizar que el circuito de traslado y lectura de las muestras en el laboratorio se realice dentro de los tiempos establecidos por el proveedor. En caso contrario, las muestras se echarán a perder y deberán ser descartadas para su lectura por el laboratorio.

RECUERDE:

EL TEST DE VPH PUEDE REALIZARSE EN AQUELLOS CASOS EN QUE LA MUJER SE ENCUENTRE MENSTRUANDO Y/O HAYA MANTENIDO RELACIONES SEXUALES DURANTE LOS DÍAS PREVIOS (INCLUSO EL MISMO DÍA) A LA TOMA DE LA MUESTRA.

Figura 2.1 Circuito de las muestras de test de VPH y Pap (triage) en el contexto de la estrategia de toma dirigida



RECUERDE:
 EL TUBO COLECTOR POSEE FECHA DE VENCIMIENTO. UTILICE SÓLO AQUELLOS CON FECHA VIGENTE AL MOMENTO DE REALIZAR LA TOMA.

CAJA OPERATIVA 2.2: PASOS PARA LA REALIZACIÓN DE LA TOMA DIRIGIDA DEL TEST DE VPH

INSTANCIA PREVIA A LA TOMA DE LA MUESTRA

- Es muy importante que la mujer comprenda la práctica que el profesional le realizará. Se sugiere tomar unos minutos para explicar a la mujer en qué consisten el test de VPH y el Pap, mostrar los instrumentos con los cuáles se realizarán las tomas (espéculo, cepillo, espátula, tubo colector y vidrio) y explicar el significado de un posible resultado VPH+ y de un Pap normal y/o anormal. Es fundamental generar un espacio para que la mujer pueda expresar sus dudas.

INSTANCIA DE LA TOMA DE LA MUESTRA

- Colocar con delicadeza el espéculo y tomar una muestra de células para la toma de Pap. Para garantizar la calidad de la muestra es importante considerar: utilizar un vidrio nuevo, limpio y seco; realizar la toma exo y endocervical de la zona de transformación con cepillo y espátula; realizar el extendido del material lo más rápido posible para lograr una capa delgada y homogénea; y realizar la fijación con spray (distancia de 25 cm) o con alcohol de 96° (mínimo 15 minutos).

- Tomar una muestra de células del orificio del cuello de útero con el cepillo del test de VPH.

- Colocar la muestra en el tubo colector. Es muy importante asegurar que el tubo se mantenga en posición vertical para evitar derrames que arruinen la muestra.

- Cerrar y retirar delicadamente el espéculo.

- Rotular las muestras de test de VPH con apellido y nombre de la mujer, DNI y fecha de la toma de la muestra. Es importante que se use un marcador indeleble para ello. En el caso del Pap (triage) no debe usarse etiquetas, cinta adhesiva o rótulo de ningún tipo sobre los portaobjetos.

CAJA OPERATIVA 2.2: PASOS PARA LA REALIZACIÓN DE LA TOMA DIRIGIDA DEL TEST DE VPH


INSTANCIA POSTERIOR A LA TOMA DE LA MUESTRA

- Comunicar a la mujer la fecha aproximada en la que debe regresar a buscar sus resultados. Entregar un folleto informativo sobre el test de VPH y los significados de sus resultados.
- Entregar a la mujer el carnet de test de VPH con los datos de las tomas realizadas.
- Completar la ficha de solicitud de tamizaje Pap/test de VPH para el envío de las mismas al laboratorio.
- Ordenar los tubos colectores de VPH en una caja y/o recipiente plástico manteniendo la posición vertical para el traslado al laboratorio. En el caso de los Paps (triage) el traslado debe realizarse en una caja de cartón resistente con la advertencia “material frágil”.

CAJA OPERATIVA 2.3: IDENTIFICACIÓN DE LAS MUESTRAS DE TEST DE VPH Y PAP

La correcta identificación de las muestras de VPH y del Pap es sumamente importante. Por tal motivo, el PNPCC diseñó una ficha de solicitud del test de VPH y del Pap que facilita la carga de las tomas en el SITAM. A continuación encontrará el modo en el cuál debe ser identificado un test de VPH cuando es realizado en la modalidad TD o “convencional”.

Frente de la ficha

FICHA DE SOLICITUD DE TAMIZAJE PAP/ TEST DE VPH			
DATOS PERSONALES			
N° de Ficha / Historia Clínica:		Apellido y Nombre: María Alcalde	
País de Residencia: Argentina		Provincia: Buenos Aires	
Departamento / Partido: La Matanza		Localidad: Lomas del Mirador	
Domicilio: Venancio Flores 2564		Barrio:	
Zona de Salud: VI		CP:	Teléfono: (011) 4699-5870
Fecha de Nacimiento: 28 / 03 / 83	Edad: 33	Posee Obra Social: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
D.N.I. <input checked="" type="checkbox"/> Pasap. <input type="checkbox"/> Otros. <input type="checkbox"/> N° 30.587.417			
ANTECEDENTES			
F.U.M.: / /		Paridad (N° de gestas en total):	
Menopausia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Terapia Hormonal de Reemplazo (THR): SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Método Anticonceptivo: Hormonal <input type="checkbox"/> Barrera <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Otros <input checked="" type="checkbox"/>		Embarazo Actual: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
Cirugías Previas: Histerectomía <input type="checkbox"/> LEEP <input type="checkbox"/> Cono <input type="checkbox"/>		Tratamiento Radiante: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Causa o Lesión:		Quimioterapia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
			

Se recomienda completar todos los datos de la ficha. El registro del nombre completo, DNI, domicilio y teléfono de la mujer son necesarios para que las muestras puedan ser correctamente identificadas en el SITAM y para poder contactar a la mujer en caso de un resultado VPH+ y Pap anormal.

CAJA OPERATIVA 2.3: IDENTIFICACIÓN DE LAS MUESTRAS DE TEST DE VPH Y PAP

Dorso de la ficha

Completar al momento de la doble toma. Acompaña al Pap en su ingreso al laboratorio

No debe completarse durante la instancia de tamizaje.

Acompaña al tubo colector para su procesamiento en el laboratorio.

FICHA DE SOLICITUD DE TAMIZAJE PAP/ TEST DE VPH	
TOMA DE PAP Tipo de Muestra: Exocervical (C) <input checked="" type="checkbox"/> Endocervical (D) <input type="checkbox"/> Exo y Endo Cervical (DE) <input type="checkbox"/> Cúpula Vaginal <input type="checkbox"/> Método Toma Muestra: Espátula <input checked="" type="checkbox"/> Cepillo <input type="checkbox"/> Espátula y Cepillo <input type="checkbox"/> PAP Previo: NO <input type="checkbox"/> (de 1 ^{er} vez) SI <input checked="" type="checkbox"/> - de 3 años <input checked="" type="checkbox"/> + de 3 años <input type="checkbox"/> Centro de toma de Muestra: Hospital Posadas	TOMA TEST DE VPH Fecha muestra: 16 / 09 / 2016 No <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> Convencional <input checked="" type="checkbox"/> Autotoma <input type="checkbox"/> Firma y nombre del responsable de la toma: <i>Victor Lira</i>
Para ser completado por el laboratorio de citología Diagnóstico (SITAM/ Bethesda): I. Calidad de la muestra: _____ IX. Otros hallazgos: _____ II. Células escamosas: _____ V. Flora: _____ III. Células glandulares: _____ VI. Sugierencias: _____ Postcitol N°: _____	
TROQUEL QUE ACOMPAÑA A LA MUESTRA DE TEST DE VPH PARA ENVÍO LABORATORIO Apellido y Nombre: María Alcalde N° Ficha/ Historia Clínica: 30.587.417 N° de Documento: _____	

Puede descargarse esta ficha desde: www.salud.gov.ar/inc

2.3.2 MODALIDAD AUTOTOMA DEL TEST DE VPH

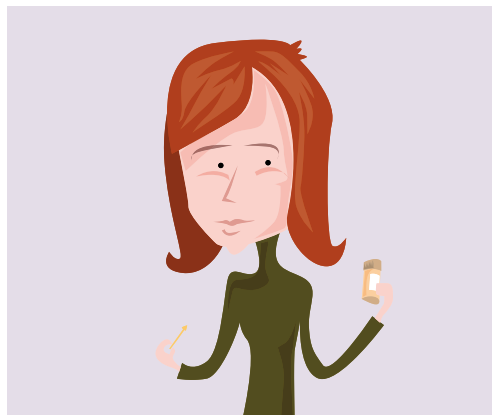
El PNPCC recomienda la incorporación de la AT como estrategia de tamizaje ya que posee un gran potencial para mejorar la cobertura de los programas de prevención. Especialmente para llegar a aquellas mujeres que por vergüenza, temor a sentir dolor durante el examen físico, falta de tiempo, lejanía de los centros de salud y largos tiempos de espera para conseguir turnos, no acceden a los servicios de salud.¹⁹⁻²¹

La AT es un método altamente aceptado por las mujeres²²⁻²⁴ y además posee una efectividad para la detección de lesiones CIN2+ superior al Pap.²⁵⁻²⁷ En Argentina, el Proyecto EMA^d mostró que la estrategia de la AT fue muy aceptada por las mujeres (86%) y que permitió aumentar cuatro veces la cobertura del tamizaje con respecto a la TD (86% vs. 20%).²⁷ Asimismo, mostró un mejor desempeño del test de VPH para la detección de lesiones CIN2+ en comparación al Pap (1,15 vs. 0,62).²⁷ Si bien la sensibilidad relativa de la AT en comparación a la TD fue de un 11% menos para la detección de lesiones CIN2+, el beneficio obtenido en relación al aumento de la cobertura la convierte en

una herramienta privilegiada para los programas de prevención.²⁷

En el año 2014, la AT fue incorporada en contexto programático en la provincia de Jujuy y, en el 2015, se realizó su extensión a la provincia de Tucumán. En ambas provincias, la estrategia de ofrecimiento de la AT a las mujeres es realizada por AS durante las rondas sanitarias que habitualmente realizan.

Se espera que la AT se vaya incorporando de manera paulatina a nuevas provincias del país en un futuro próximo.



Modalidad autotoma del test de VPH

^dEMA: Evaluación modalidad autotoma.

CAPACITACIÓN PARA EL OFRECIMIENTO DE LA AUTOTOMA

El PNPCC brinda una capacitación para facilitar la implementación de la estrategia de la AT en los programas provinciales.

Los destinatarios de la capacitación son los AS, que son los actores clave para realizar el ofrecimiento de la AT a las mujeres, dado su trabajo territorial y el vínculo estrecho que tienen con la comunidad en la que trabajan.²⁸

La capacitación tiene entre sus principales objetivos:

- Sensibilizar a los AS sobre la importancia de que las mujeres se testeen para prevenir el CC.
- Informar a los AS sobre la modalidad AT del test de VPH y la estrategia de búsqueda activa de las mujeres de 30+ años a contactar.
- Capacitar a los AS para el ofrecimiento de la AT y orientar a las mujeres para realizar la toma de la muestra. Además de capacitarlos en los aspectos logísticos de la estrategia, los significados de los resultados del test de VPH y la modalidad de devolución de los mismos.
- Presentar y hacer entrega del kit de la AT a los AS [ver caja operativa 2.6].

Cuadro 2.1 Ventajas y limitaciones de la autotoma como modalidad de tamizaje

VENTAJAS	LIMITACIONES
<p>Es una práctica altamente aceptada por las mujeres.</p> <p>Mejora la cobertura de los programas porque posibilita el acceso al tamizaje de las mujeres con nulo o poco contacto con los servicios de salud.</p> <p>Puede ser realizada en cualquier espacio físico y contextos con baja infraestructura de los servicios de salud.</p>	<p>Posee una sensibilidad menor que la TD para la detección de lesiones CIN2+.</p> <p>Adiciona una visita de la mujer a los servicios de salud, en caso de un resultado VPH+.</p>

Cuadro 2.2 Motivos de las mujeres para aceptar o rechazar realizarse la autotoma

¿POR QUÉ SÍ?	¿POR QUÉ NO?
<p>Ganan tiempo.</p> <p>Priorizan otras responsabilidades que las aleja de la consulta ginecológica.</p> <p>Evitan tener que conseguir una cita con un médico.</p> <p>Sienten vergüenza al ser revisadas por un profesional de la salud.</p> <p>Viven lejos de los centros de salud.</p> <p>Tienen malas experiencias en los centros de salud.</p> <p>Tienen problemas de transporte.</p> <p>Evitan las demoras de atención por falta de tomadores de muestras y/o tubos colectores en el centro de salud.</p>	<p>Confían en su médico.</p> <p>Tienen miedo de lastimarse a ellas mismas mientras se realizan el testeo.</p> <p>Están acostumbradas a ir al centro de salud.</p> <p>Consideran que el test tiene una mayor eficacia cuando es realizado en el centro de salud.</p> <p>No poseen un lugar confortable en su hogar para realizar la AT.</p> <p>Sienten vergüenza de realizarse la AT.</p>

Fuente: Adaptado de Arrossi et al., 2016.²⁹

Cuadro 2.3 Motivos de los agentes sanitarios para adoptar o rechazar el ofrecimiento de la autotoma

¿POR QUÉ SÍ?	¿POR QUÉ NO?
<p>Permite ampliar la cobertura de tamizaje.</p> <p>Aporta a la privacidad y practicidad de las mujeres.</p> <p>Ahorra tiempo y traslado a la mujer, favoreciendo a la accesibilidad del tamizaje.</p> <p>Es una práctica aceptada por las mujeres.</p> <p>Fortalece el vínculo AS-mujer.</p>	<p>Tienen sobrecarga de trabajo.</p> <p>Puede generar el rechazo o temor de la mujer a realizarse ella misma la AT.</p> <p>Coexiste la preferencia de las mujeres a ser atendidas por un profesional.</p> <p>Faltan recursos humanos en los centros de salud para facilitar la tarea del ofrecimiento de la AT.</p>

Fuente: Adaptado de Curotto et al., 2016.²⁸

CAJA OPERATIVA 2.4: PAUTAS A TENER EN CUENTA PARA IMPLEMENTAR LA AUTOTOMA

- Consensuar y lograr el apoyo de las autoridades de salud y áreas ministeriales.
- Definir la población objetivo a la cual se les ofrecerá la AT [mujeres sin historia previa de tamizaje, mujeres con baja frecuencia de tamizaje, mujeres que viven lejos de los centros de salud, etc.].
- Definir el personal de salud que realizará el ofrecimiento de la AT a las mujeres [AS, enfermeras, promotores territoriales, etc.].
- Definir el lugar en donde será realizado el ofrecimiento de la AT [visita domiciliaria, centro de salud, jornada comunitaria, etc.].
- Diseñar estrategias de búsqueda activa [listados nominalizados, camión sanitario, actividades comunitarias, etc.].
- Fomentar la difusión y la adhesión del equipo de salud a los algoritmos de tamizaje y seguimiento recomendados por el PNPCC para las mujeres que se realicen AT.

CAJA OPERATIVA 2.4: PAUTAS A TENER EN CUENTA PARA IMPLEMENTAR LA AUTOTOMA

- Capacitar a los AS que ofrecerán la AT (u otro miembro del equipo de salud).
- Planificar la entrega del kit de AT según las necesidades de los centros de salud y la distribución de la población objetivo. La planificación debe incluir la distribución territorial del instructivo para la realización de la AT [ver figura 2.3].
- Definir el modo en que serán devueltos los resultados a las mujeres [personal de salud que lo realizará, mensajes que brindará y el modo en que realizará derivaciones].
- Diseñar estrategias de búsqueda activa para las mujeres AT+ sin Pap de triage [búsqueda territorial con listados nominalizados, camión sanitario, jornadas comunitarias, envíos de recordatorios a través de soportes digitales, etc.].

CAJA OPERATIVA 2.5: PASOS PARA EL OFRECIMIENTO, REALIZACIÓN Y ENTREGA DE LA AUTOTOMA

- Preguntar a la mujer si conoce qué es el test de VPH y cuál es su utilidad para la prevención del CC.
- Explicar a la mujer en qué consiste la AT y qué diferencias posee con la TD.
- Ofrecer la AT. En caso de aceptación, tomar el tiempo necesario para explicar a la mujer cómo debe tomar la muestra y entregar el folleto instructivo con los pasos a seguir [ver figura 2.3].
- Recepcionar el tubo con la muestra y verificar que esté bien cerrado. Luego, con un marcador indeleble completar los datos de la mujer en el tubo colector [nombre, apellido, DNI y fecha de la toma].
- Explicar a la mujer qué significan los resultados del test de VPH y hacer entrega de un folleto informativo.
- Entregar el carnet de test de VPH a la mujer.

CAJA OPERATIVA 2.5: PASOS PARA EL OFRECIMIENTO, REALIZACIÓN Y ENTREGA DE LA AUTOTOMA

- Indicar a la mujer cuándo, dónde y quién le brindará el resultado de su prueba.
- Completar la Ficha de solicitud de toma de tamizaje Pap/test de VPH indicando que se trata de una AT [ver caja operativa 2.7].
- Entregar la ficha junto al tubo colector en el centro de salud más cercano.
- En caso que la mujer no acepte la realización de la AT, se sugiere resaltar la importancia del test de VPH y su disponibilidad gratuita en el centro de salud más cercano. Puede entregarse además un folleto informativo sobre el test de VPH y comunicar los horarios para realizar la toma.

CAJA OPERATIVA 2.6: ¿QUÉ INCLUYE EL KIT DE AUTOTOMA?

- Tubo colector.
- Folleto instructivo para la realización de la AT.
- Fichas de solicitud de toma de tamizaje Pap/test de VPH que acompaña a las muestras en el ingreso al laboratorio.
- Marcador indeleble para identificar el tubo con los datos de la mujer.
- Marcador fluorescente para identificar que la muestra corresponde a una AT.
- Folleto informativo sobre el test de VPH y sus resultados.
- Carnet de test de VPH para que la mujer cuente con un registro de la toma realizada.
- Rotafolio sobre la prevención del CC para apoyar la tarea del ofrecimiento de la AT.

Figura 2.2 Circuito de la muestras bajo la modalidad autotoma

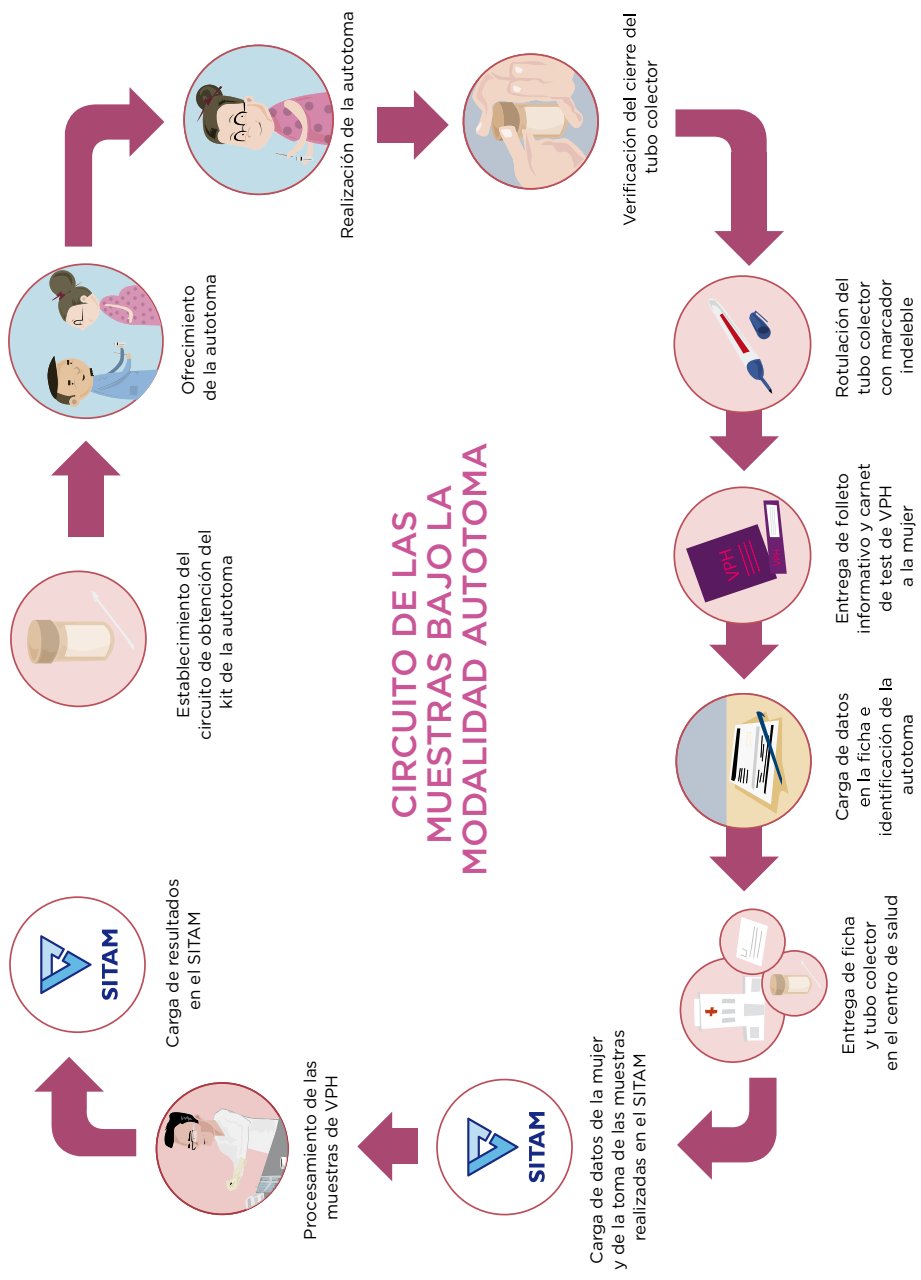
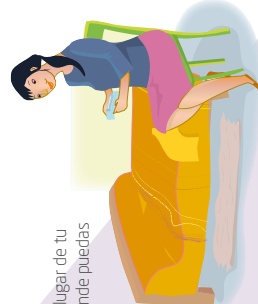



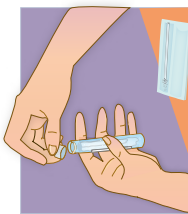
Figura 2.3 Folleto instructivo elaborado por el PNPCC para facilitar a la mujer la realización de la autotoma

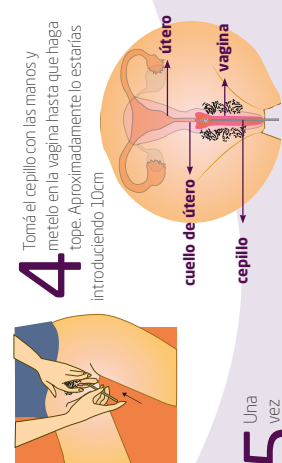
"Seguí los siguientes pasos"

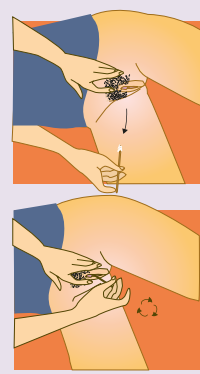
- 1** Elegí el lugar de tu casa donde puedas tener privacidad.

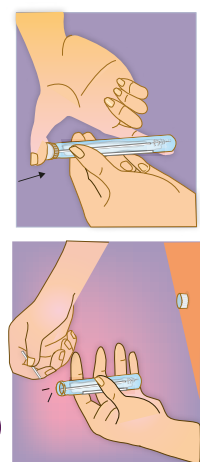

- 2** Buscá una posición que te quede cómoda (puede ser en cuclillas, parada, acostada sobre una cama con las piernas flexionadas o con una pierna arriba de una silla)



- 3** Con las manos limpias y luego de sacarte la bombacha, destapá el tubo y apoyá la tapa boca arriba. Es muy importante que lo tengas parado así no se derrama el líquido que tiene adentro


- 4** Tomá el cepillo con las manos y metelo en la vagina hasta que haga tope. Aproximadamente lo estarás introduciendo 10cm


- 5** Una vez que el cepillo esté adentro, giralo 3 veces y sacalo de la vagina


- 6** Meté el cepillo adentro del tubo, quebralo por la parte marcada así podés taparlo


- 7** Entregalo a tu agente sanitario para que lo lleve a analizar al laboratorio de VPH



CAJA OPERATIVA 2.7: IDENTIFICACIÓN DE LAS MUESTRAS DE AUTOTOMA PARA SU ENVÍO AL LABORATORIO

Se utiliza la misma ficha de solicitud de tamizaje de Pap/test de VPH que en la TD. A continuación encontrarán el modo en el cuál debe ser identificada la AT.

Dorso de la ficha

Marcar la opción de AT y recordar resaltar la opción con marcador fluorescente.

No debe ser completado en caso de AT.

No debe ser completado en caso de AT.

FICHA DE SOLICITUD DE TAMIZAJE PAP/ TEST DE VPH	
TOMA DE PAP	TOMA TEST DE VPH Fecha muestra: 16 / 09 / 2016
Tipo de Muestra: Eocervical (E) <input type="checkbox"/> Endocervical (E) <input type="checkbox"/> Eso y Endo Cervical (EE) <input type="checkbox"/> Cúpula Vaginal <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> Conventional <input type="checkbox"/> Autotoma <input checked="" type="checkbox"/>
Método Toma Muestra: Espátula <input type="checkbox"/> Cepillo <input type="checkbox"/> Espátula y Cepillo <input type="checkbox"/>	Firma y nombre del responsable de la toma: Marcela Perez
PAP Previo: NO <input type="checkbox"/> (de 1ª vez) SI <input type="checkbox"/> - de 3 años <input type="checkbox"/> + de 3 años <input type="checkbox"/>	
Centro de toma de Muestra:	
Para ser completado por el laboratorio de citología	
Diagnóstico (SITAM) Betheida:	Profesión N°:
I. Calidad de la muestra: _____ II. Células escamosas: _____ III. Células glandulares: _____	IV. Otros: P/Barridos _____ V. Flora: _____ VI. Sugencias: _____
TROQUEL QUE ACOMPAÑA A LA MUESTRA DE TEST DE VPH PARA ENVÍO LABORATORIO	
Apellido y Nombre: _____ N° de Documento: _____	

2.4 DEVOLUCIÓN DE LOS RESULTADOS DEL TEST DE VPH

En un contexto de tamizaje basado en el test de VPH, la comunicación de un resultado VPH+ requiere de una especial atención dado que aproximadamente un 13% del total de las mujeres tamizadas recibirá este diagnóstico.³⁰ Un resultado de VPH+ puede generar sentimientos de angustia, miedo, culpa, preocupación por infidelidad de la pareja y/o estigma.³¹⁻³⁴ Por ello, la comunicación de un resultado VPH+ debe ser brindada de modo claro y tranquilizador a la mujer.

Una buena comunicación y gestión de la entrega de los resultados del tamizaje son fundamentales para evitar que la mujer se aleje de los servicios de salud y, en consecuencia, abandone las instancias de seguimiento, diagnóstico y tratamiento. En nuestro país, las mujeres mencionan al atraso en la entrega de resultado y/o la pérdida de los mismos como los principales motivos de abandono del proceso de prevención del CC.³⁵

En los primeros momentos de su implementación, el test de VPH puede generar confusión en las

mujeres al no estar familiarizadas con la toma doble de las muestras, los significados de los resultados del test de VPH y el nuevo intervalo de tamizaje que deberán adoptar en caso de un resultado VPH negativo.³⁶ Por esa razón, se resalta la necesidad de considerar la instancia de entrega de resultados como un momento esencial en la planificación de la estrategia.



RECUERDE:
RECIBIR EL RESULTADO DE LAS PRUEBAS DE TAMIZAJE ES UN DERECHO DE TODAS LAS MUJERES.

CAJA OPERATIVA 2.8: PAUTAS A TENER EN CUENTA PARA LA DEVOLUCIÓN DE RESULTADOS

- Realizar la entrega de resultados de las pruebas del tamizaje dentro de los 30 días posteriores a la toma de la muestra.
- En la modalidad TD: realizar la entrega del resultado del test de VPH+ junto al resultado del Pap (triage). De ese modo se evitará una visita adicional de la mujer al centro de salud. Además, contar con el resultado del Pap (triage) ayudará al equipo de salud a orientar a la mujer en los pasos a seguir.
- En la modalidad AT: establecer el personal de salud que entregará los resultados del test de VPH a la mujer y el mensaje que brindará. Esto es fundamental sobre todo en aquellas mujeres VPH+ que requieran la realización del Pap (triage).
- Es recomendable la estrategia de descentralización de la impresión de los resultados de los test de VPH y Pap (triage) para favorecer que la mujer pueda acceder a su resultado. La impresión de resultados puede ser realizada por cualquier usuario SITAM habilitado y puede realizarse de manera individual o por lote (impresión de todos los estudios realizados en el establecimiento y/o de los centros correspondientes de cada área programática) [ver caja operativa 4.6].
- Es aconsejable el diseño y evaluación de los mensajes a brindar a las mujeres en la instancia de devolución de los resultados de tamizaje, ya que un resultado de VPH+ puede tener un impacto psico-social en la mujer [ver capítulo 5].

2.5 REFERENCIAS

1. Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). Planning and implementing cervical cancer prevention and control programs: a manual for managers. Seattle: ACCP; 2004.
2. Leinonen M, Nieminen P, Kotaniemi-Talonen L, Malila N, Tarkkanen J, Laurila P, et al. Age-specific evaluation of primary human papillomavirus screening vs conventional cytology in a randomized setting. *J Natl Cancer Inst.* 2009; 101(23):1612-1623.

3. Arrossi, S, Paolino M. Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino en Argentina. Informe final: diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales. Buenos Aires: OPS; 2008.
4. Moscicki AB, Shiboski S, Hills NK, Powell KJ, Jay N, Hanson EN, et al. Regression of low-grade squamous intra-epithelial lesions in young women. *Lancet*. 2004; 364(9446):1678-1683.
5. Rivera R, Aguilera J, Larraín A. Epidemiología del Virus Papiloma Humano (HPV). *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2002; 67(6):501-506.
6. Ronco G, Giorgi-Rossi P, Carozzi F, Confortini M, Dalla Palma P, Del Mistro A, et al. Efficacy of human papillomavirus testing for the detection of invasive cervical cancers and cervical intraepithelial neoplasia: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol*. 2010; 11(3):249-257.
7. Arrossi S, Thouyaret L, Paul L. Prevención del Cáncer Cervicouterino. Recomendaciones para el tamizaje, seguimiento y tratamiento de mujeres en el marco de programas de tamizaje basados en el test de VPH. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2015.
8. Herrero R, Ferreccio C, Salmerón J, Almonte M, Sánchez GI, Lazcano-Ponce E, et al. New approaches to cervical cancer screening in Latin America and the Caribbean. *Vaccine*. 2008; 26(11):49-58.
9. Lazcano-Ponce E, Lörincz AT, Salmerón J, Fernández I, Cruz A, Hernández P, et al. A pilot study of HPV DNA and cytology testing in 50,159 women in the routine Mexican Social Security Program. *Cancer Causes Control*. 2010; 21(10):1693-1700.
10. Clavel C, Masure M, Bory JP, Putaud I, Mangeonjean C, Lorenzato M, et al. Hybrid Capture II-based human papillomavirus detection, a sensitive test to detect in routine high-grade cervical lesions: a preliminary study on 1518 women. *Br J Cancer*. 1999; 80(9):1306-1311.

11. Cuzick J, Szarewski A, Mesher D, Cadman L, Austin J, Perryman K, et al. Long-term follow-up of cervical abnormalities among women screened by HPV testing and cytology. Results from the Hammersmith study. *Int J Cancer*. 2008; 122(10):2294-2300.
12. Kitchener HC, Gilham C, Sargent A, Bailey A, Albrow R, Roberts C, et al. A comparison of HPV DNA testing and liquid based cytology over three rounds of primary cervical screening: extended follow up in the ARTISTIC trial. *Eur J Cancer*. 2011; 47(6):864-871.
13. 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(2):304-309.
14. Sherman ME, Lorincz AT, Scott DR, Wacholder S, Castle PE, Glass AG, et al. Baseline cytology, human papillomavirus testing, and risk for cervical neoplasia: a 10-year cohort analysis. *J Natl Cancer Inst*. 2003; 95(1):46-52.
15. OPS-OMS. Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino. Washington DC: OPS-OMS; 2013.
16. Oncoguía SEGO. Prevención del cáncer de cuello de útero 2014. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario. España: SEGO; 2014.
17. Health Council of the Netherlands. Population screening for cervical cancer. The Hague: Health Council of the Netherlands; 2011.
18. Arbyn M, Ronco G, Anttila A, Meijer CJ, Poljak M, Ogilvie G et al. Evidence regarding human papillomavirus testing in secondary prevention of cervical cancer. *Vaccine* 2012; 30(5): 88-99.
19. Giorgi Rossi P, Marsili LM, Camilloni L, Lossa A, Lattanzi A, Sani C, et al. The effect of self-sampled HPV testing on participation to cervical cancer screening in Italy: a randomised controlled trial (ISRCTN96071600). *Br J Cancer*. 2011; 104(2):248-254.

20. Szarewski A, Cadman L, Mesher D, Austin J, Ashdown-Barr L, Edwards R, et al. HPV self-sampling as an alternative strategy in non-attenders for cervical screening –a randomised controlled trial. *Br J Cancer*. 2011; 104(6):915-920.
21. Virtanen A, Nieminen P, Luostarinen T, Anttila A. Self-sample HPV tests as an intervention for nonattendees of cervical cancer screening in Finland: a randomized trial. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2011; 20(9):1960-1969.
22. Gök M, Heideman DA, van Kemenade FJ, Berkhof J, Rozendaal L, Spruyt JW, et al. HPV testing on self collected cervicovaginal lavage specimens as screening method for women who do not attend cervical screening: cohort study. *BMJ*. 2010; 340:1040.
23. Léniz J, Barriga MI, Lagos M, Ibáñez C, Puschel K, Ferreccio C. HPV vaginal self-sampling among women non-adherent to Papanicolaou screening in Chile. *Salud Pública Mex*. 2013; 55(2):162-169.
24. Flores Y, Bishai D, Lazcano E, Shah K, Lörintz A, Hernández M, et al. Improving cervical cancer screening in Mexico: results from the Morelos HPV Study. *Salud Pública Mex*. 2003; 45(3):388-398.
25. Lazcano-Ponce E, Lorincz AT, Cruz-Valdez A, Salmerón J, Uribe P, Velasco-Mondragón E, et al. Self-collection of vaginal specimens for human papillomavirus testing in cervical cancer prevention (MARCH): a community-based randomised controlled trial. *Lancet*. 2011; 378(9806):1868-1873.
26. Arbyn M, Verdoodt F, Snijders PJ, Verhoef VM, Suonio E, Dillner L, et al. Accuracy of human papillomavirus testing on self-collected versus clinician-collected samples: a meta-analysis. *Lancet Oncol*. 2014; 15(2):172-183.
27. Arrossi S, Thouyaret L, Herrero R, Campanera A, Magdaleno A, Cuberli M, et al. Effect of self-collection of HPV DNA offered by community health workers at home visits on uptake of screening for cervical cancer (the EMA study): a population-based cluster-randomised trial. *Lancet Glob Health*. 2015; 3(2):85-94.
28. Curotto M, Barletta P, Paolino M, Arrossi S. La perspectiva de los agentes sanitarios sobre la incorporación programática de la autotoma del test de VPH. *Cad Saúde Pública*. 2016 [en prensa].

29. Arrossi S, Ramos S, Straw C, Thouyaret L, Orellana L. HPV testing: a mixed-method approach to understand why women prefer self-collection in a middle-income country. *BMC*. 2016; 16:832.
30. Arrossi S, Thouyaret L, Laudi R, Marín O, Ramírez J, Paolino M, et al. Implementation of HPV-testing for cervical cancer screening in programmatic contexts: the Jujuy demonstration project in Argentina. *Int J Cancer*. 2015; 137(7):1709-1718.
31. Arellano Gálvez MC, Castro Vásquez MC. El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y cáncer cervicouterino en Hermosillo, Sonora. *Estudios sociales*. 2013; 23(42):260-278.
32. McCaffery K, Forrest S, Waller J, Desai M, Szarewski A, Wardle J. Attitudes towards HPV testing: a qualitative study of beliefs among Indian, Pakistani, African-Caribbean and white British women in the UK. *Br J Cancer*. 2003; 88(1):42-46.
33. McCaffery K, Waller J, Nazroo J, Wardle J. Social and psychological impact of HPV testing in cervical screening: a qualitative study. *Sex Transm Infect*. 2006; 82(2):169-174.
34. Lee Mortensen G, Adeler AL. Qualitative study of women's anxiety and information needs after a diagnosis of cervical dysplasia. *Z Gesundh Wiss*. 2010; 18(5):473-482.
35. Paolino M, Sankaranarayanan R, Arrossi S. Determinantes sociales del abandono del diagnóstico y el tratamiento de mujeres con Papanicolaou anormal en Buenos Aires, Argentina. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 34(6):437-445.
36. León-Maldonado L, Allen-Leigh B, Lazcano-Ponce E. Consejería en la detección de VPH como prueba de tamizaje de cáncer cervical: un estudio cualitativo sobre necesidades de mujeres de Michoacán, México. *Salud Publica Mex*. 2014; 56(5):519-527.

3

¿CÓMO ES EL SEGUIMIENTO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS MUJERES VPH+?

MENSAJES CLAVE

- El seguimiento, diagnóstico y tratamiento de las mujeres con lesiones debe ser una línea estratégica de los programas de prevención para tener un impacto significativo en la reducción de la incidencia y mortalidad de las mujeres por CC.
- La articulación y coordinación de los servicios de tamizaje, diagnóstico y tratamiento debe ser un objetivo a lograr por los programas de prevención para favorecer la continuidad de las mujeres en el proceso de atención.
- La estrategia navegadoras es adecuada para mejorar la accesibilidad al diagnóstico y tratamiento de las mujeres VPH+ con Pap anormal.

En el marco de los programas de prevención, el cumplimiento del protocolo de seguimiento de las mujeres VPH+ con Pap normal así como también el diagnóstico/tratamiento de las mujeres VPH+ con Pap anormal es fundamental para alcanzar una alta efectividad en la reducción de la incidencia y mortalidad por CC. El tamizaje sólo cumple una función preventiva si las mujeres que desarrollaron LAGs son tratadas de manera oportuna. Sin embargo, las etapas posteriores al tamizaje han sido y continúan siendo un desafío para los programas de prevención dado que, muchas mujeres que se tamizan, no regresan a los servicios de salud a continuar con el proceso de diagnóstico y tratamiento.¹⁻⁶

El abandono durante este proceso de atención está condicionado por diversos factores como las características de las mujeres (sociodemográficas, económicas, conocimientos/percepciones de las mujeres sobre el CC, etc.) y las características del sistema de salud (disponibilidad, organización y funcionamiento). Entre estas últimas, se destacan las dificultades

para acceder a los turnos, los largos tiempos de espera, la ausencia de sistemas de seguimiento eficaces para contactar a las mujeres, las fallas en los sistemas de referencia y contrarreferencia, y la escasez de recursos humanos/materiales para responder a las demandas de atención.^{2,5-10} Estas dificultades pueden actuar como barreras para la adherencia de las mujeres a las instancias de diagnóstico y tratamiento, por lo cual deben ser identificadas por los programas para poder generar estrategias que faciliten la accesibilidad y la calidad de atención en estos tipos de servicios de salud.

3.1 LA IMPORTANCIA DE LA PLANIFICACIÓN DEL PROCESO DE SEGUIMIENTO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS MUJERES VPH+

El armado de la red de seguimiento, diagnóstico y tratamiento de las mujeres VPH+ es fundamental para que la estrategia del test de VPH sea efectiva.

Dado que esta instancia es clave y compleja, resulta imprescindible su planificación y monitoreo.

CAJA OPERATIVA 3.1: PAUTAS A TENER EN CUENTA DURANTE EL PROCESO DE SEGUIMIENTO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS MUJERES VPH+

- Conocer los recursos disponibles (tipo y calidad) de la red de referencia y contrarreferencia [servicios de ginecología/colposcopia, quirófanos, insumos, equipamientos, recursos humanos].
- Establecer protocolos para la derivación de las mujeres a seguir, diagnosticar y tratar.
- Promover la difusión de listados de los centros de atención disponibles para cada práctica a todo el personal involucrado con el seguimiento, diagnóstico y tratamiento.
- Fomentar la adherencia a las recomendaciones para el seguimiento, diagnóstico y tratamiento de las mujeres VPH+ y Pap normal/anormal elaboradas por el PNPCC.

CAJA OPERATIVA 3.1: PAUTAS A TENER EN CUENTA DURANTE EL PROCESO DE SEGUIMIENTO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS MUJERES VPH+

- Capacitar al equipo de salud en el seguimiento, diagnóstico y tratamiento [ver apartado 3.3].
- Capacitar al equipo de salud en la carga de datos en el SITAM [ver apartado 4.4].
- Elaborar estrategias de accesibilidad de las mujeres a los servicios de diagnóstico y tratamiento [designar días y horarios específicos para las mujeres que necesiten colposcopia, biopsia y tratamiento; ofrecer turnos protegidos; etc.].
- Establecer mecanismos de contacto y seguimiento de las mujeres en caso de que no concurren a la cita programada. Las estrategias de contacto de las mujeres deben estar adaptadas al contexto local [llamadas telefónicas, mensajes de texto, correo electrónico, correo postal, AS, etc.].
- Articular con las navegadoras el contacto de las mujeres VPH+ con Pap anormal [ver apartado 3.5].
- Relevar información sobre el uso del transporte local y/o provincial para realizar el traslado de las mujeres a otros centros de salud, en caso de ser necesario.
- Relevar información sobre los servicios de oncología y radioterapia, en caso de tener que derivar a mujeres con diagnóstico de CC. Se recomienda contar con un listado de profesionales que trabajen en dichos servicios para poder contactarse con ellos y ponerlos al tanto de los casos.

3.2 LA IDENTIFICACIÓN DE LAS MUJERES VPH+ CON LESIONES

El Pap es el método de triage para identificar a las mujeres VPH+ que desarrollaron lesiones

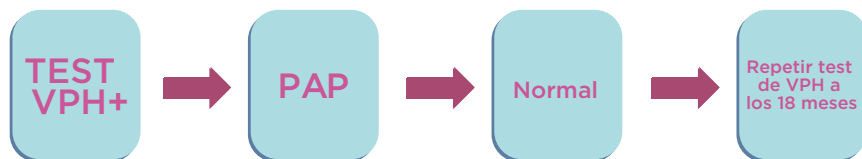
La selección de la prueba de triage debe considerarse en base al desempeño de la prueba para detectar lesiones CIN2+, la disponibilidad de los recursos materiales/humanos y las redes de derivación a nivel local y regional.

El PNPCC recomienda como método de triage al Pap en base a la evidencia disponible sobre su efectividad para la detección de lesiones luego del conocimiento de un resultado VPH+,¹¹ así como también por la estructura de laboratorios de citología y recursos humanos capacitados con los que ya cuenta nuestro país.¹²

3.2.1 ESTRATEGIA DE SEGUIMIENTO PARA LAS MUJERES VPH+ Y PAP NORMAL

La repetición del test de VPH a los 18 meses es la estrategia de seguimiento recomendada para las mujeres VPH+ y Pap normal.

Las mujeres con VPH+ y Pap normal deben recibir seguimiento adecuado para poder identificar al subgrupo de mujeres con VPH persistente.^f La evidencia disponible da cuenta que las mujeres VPH+ negativizan principalmente entre 1-2 años luego de la detección de la primera infección,^{13,14} por lo que repetir el test en ese lapso de tiempo resulta apropiado. Basado en esta evidencia, el PNPCC recomienda la repetición del test de VPH a los 18 meses a las mujeres cuyos resultados sean VPH+ y Pap normal.¹²



Estrategia de seguimiento para las mujeres VPH+ y Pap normal recomendada por el PNPCC

^f Para más información sobre las recomendaciones para el seguimiento de mujeres VPH+ y Pap normal, se recomienda consultar las recomendaciones del PNPCC que se encuentran disponibles en: www.salud.gob.ar/inc

3.2.2 ESTRATEGIA DE DIAGNÓSTICO PARA LAS MUJERES VPH+ Y PAP ANORMAL

La realización de una colposcopia y/o eventual biopsia es la estrategia de diagnóstico recomendada para las mujeres VPH+ y Pap anormal.

Las mujeres con un resultado de Pap anormal (ASCUS+)^g requieren inmediato diagnóstico y tratamiento, dado que pertenecen al grupo de mujeres con mayor riesgo de desarrollar CC.^h El PNPCC recomienda la realización de una colposcopia y/o eventual biopsia para descartar o confirmar la necesidad de un tratamiento.¹²

La implementación de esta recomendación puede traer como consecuencia el aumento de la demanda de las unidades de colposcopia y biopsia, por lo que se requiere una planificación y organización de la red de unidades de diagnóstico previa a la implementación del tamizaje con test de VPH. De ese modo será viable que estos servicios puedan estar disponibles y accesibles a las mujeres que lo requieran.

SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DEL PAP

El PNPCC recomienda la clasificación citológica BETHESDA 2001, la cual se resume a continuación:

Citología negativa:

- NILM

Citología anormal de células epiteliales:

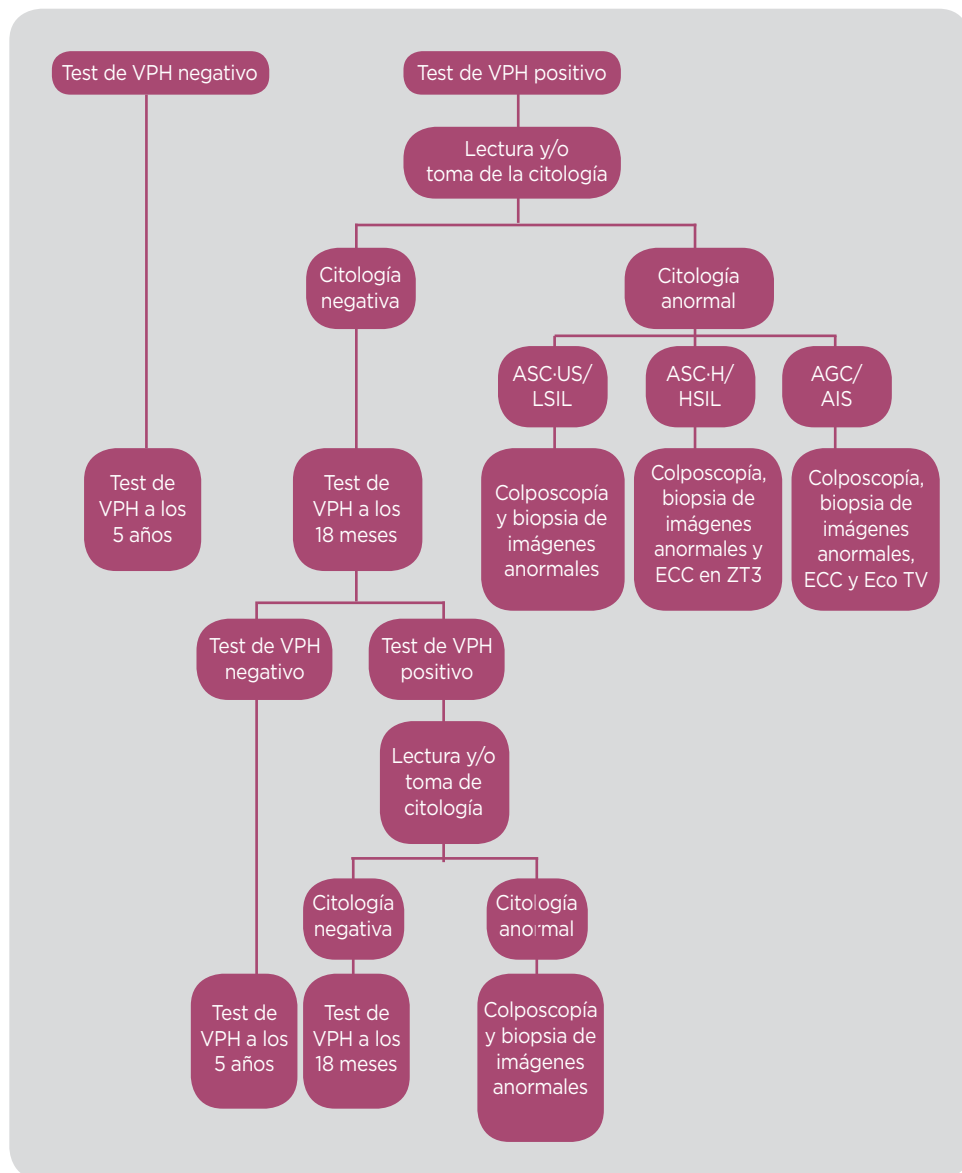
- › Células escamosas
 - ASCUS
 - ASC-H
 - L-SIL
 - H-SIL
 - Carcinoma de células escamosas
- › Células glandulares
 - AGS
 - AIS



^g ASCUS+: Células escamosas atípicas de significado indeterminado y/o más.

^h Para más información sobre las recomendaciones para el diagnóstico de mujeres VPH+ y Pap anormal, se recomienda consultar las recomendaciones del PNPCC que se encuentran disponibles en: www.salud.gov.ar/inc

Figura 3.1 Algoritmo de seguimiento y diagnóstico de las mujeres VPH+



Fuente: Arrossi S, Thouyaret L y Paul L, 2015.¹²

3.3 ORGANIZACIÓN DE LA RED DE UNIDADES DE DIAGNÓSTICO

El primer paso para la constitución de esta red es la realización de un análisis de situación de los recursos disponibles para el diagnóstico y tratamiento en cada jurisdicción. Esto implica conocer la estructura, insumos, equipamientos y recursos humanos.

Asimismo es necesario planificar, en base a la población objetivo, el volumen de mujeres que se espera referir a los servicios de seguimiento, diagnóstico, tratamiento y seguimiento post-tratamiento para evitar cuellos de botella en dichos servicios [ver caja operativa 3.2].

Una vez establecida la disponibilidad de recursos y demanda esperada, se deben realizar los ajustes para poder responder a dicha demanda y consensuar la red de derivación. Para el consenso es importante que se establezca el circuito de derivación de las mujeres VPH+ con Pap anormal en cada región y/o área establecida. Se sugiere que el circuito de derivación establecido se formalice y difunda. Ello puede realizarse a través de una circular y/o documento de trabajo.

CAPACITACIONES EN SERVICIO

El PNPCC lleva adelante un programa de intercambio para fortalecer la calidad y el funcionamiento de los servicios de patología cervical de los hospitales provinciales de referencia.

En el intercambio se incluyen las siguientes actividades:

- Asesoramiento sobre la gestión del servicio.
- Entrenamiento en colposcopia.
- Actualización de las recomendaciones para el manejo de mujeres con LAGs.

CAJA OPERATIVA 3.2: ¿CÓMO CALCULAR LAS MUJERES VPH+/ PAP ANORMAL A DERIVAR A COLPOSCOPÍA?

A continuación se ejemplifica el modo de realizar el cálculo de las mujeres VPH+ a derivar a colposcopia.¹

Si estimamos que:

- Un 13% de las mujeres tamizadas serán VPH+ y requerirán un Pap de triage.
- El 30-35% de las mujeres a las que se les realiza un Pap (triage) obtendrá un resultado anormal (ASCUS+) y deberán ser referidas a colposcopia.

Entonces:

- En una población de 10.000 mujeres tamizadas, habrá aproximadamente 1.300 que requerirán un Pap (triage).
- Entre las 1.300 mujeres que requerirán Pap de triage, habrá entre 400 y 460 con un resultado anormal que tendrán que diagnosticarse mediante una colposcopia y/o eventual biopsia.

Por lo tanto:

- Con una población tamizada de 10.000 mujeres se deberá contar con recursos para realizar entre 400 y 450 colposcopias por año.

3.3.1 CLASIFICACIÓN COLPOSCÓPICA

Uno de los puntos clave es la unificación de la clasificación colposcópica. El PNPCC adhiere a la nomenclatura de la International Federation of Cervical Pathology and Colposcopy (IFCPC), consensuada en el Congreso Mundial de Río de Janeiro el 5 de Julio de 2011.¹⁵

Esta nomenclatura es la que se utiliza para registrar los hallazgos colposcópicos en la ficha de colposcopia así como también para cargar los resultados de este estudio en el SITAM. En la caja operativa 3.4 podrá encontrar las instrucciones para el correcto llenado de la ficha de registro de colposcopia.

¹ Los porcentajes de positividad y de Pap ASCUS+ utilizados para este ejemplo se basan en los resultados obtenidos en el marco del proyecto demostración realizado en la provincia de Jujuy.

SISTEMA IFCPC PARA LA CLASIFICACIÓN DE LA COLPOSCOPIA

A continuación se resume la clasificación para los hallazgos colposcópicos bajo el sistema IFCPC (2011).

Evaluación general

- › Adecuada
- › Inadecuada

Hallazgos colposcópicos

- › Normales
- › Anormales
 - Grado 1
 - Grado 2
 - No específico
- › Sospecha de invasión
- › Hallazgos varios



CAJA OPERATIVA 3.3: PAUTAS A TENER EN CUENTA AL MOMENTO DE REALIZAR LA COLPOSCOPIA Y/O BIOPSIA

- Garantizar las condiciones básicas de privacidad a la mujer durante la realización del estudio [puerta cerrada, existencia de biombo, bata para cubrirse, etc.].
- Explicar a la mujer en qué consiste el procedimiento de la colposcopia [qué instrumentos se utilizan, qué es lo que se observa y qué significan los resultados del estudio] y por qué es necesario realizarla.
- Explicar a la mujer en qué consiste el procedimiento de la biopsia [qué instrumentos se utilizan, qué es lo que se hace con ellos, dónde se envía el tejido retirado para ser analizado y qué significados tienen sus resultados] y por qué es necesario realizarla.

CAJA OPERATIVA 3.4: MODO DE COMPLETAR LA FICHA PARA EL REGISTRO DE COLPOSCOPIA

A continuación se detallan las instrucciones para el correcto llenado de la ficha para el registro de colposcopia. Esta ficha es de gran utilidad para la carga de la colposcopia en el SITAM.

Frente de la ficha

Completar los datos de la mujer y del colposcopista.

Completar la información del Pap de triage con la información brindada en la historia clínica de la mujer que figura en el SITAM.

FICHA PARA EL REGISTRO DE COLPOSCOPIA 

DATOS PERSONALES

Fecha: 16 / 09 / 2016

Nombre: Alicia | Apellido: Pascuali

DNI: 28.632.954 | Tel: (03544) 496532 | Nº de HC: 28.632.954
(Contacto para el seguimiento de la mujer)

Dirección: El Algarrobo S/N | Localidad: Las Calles (Cba.)

RESPONSABLE DEL EXAMEN COLPOSCÓPICO

Nombre: Leticia | Apellido: Gutierrez

Nombre del establecimiento: Pto. Sanitario Las Calles | Localidad del establecimiento: Comuna de Las Calles (Cba.)

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Resultado Test VPH	Resultado de la citología:					
Negativo: <input type="checkbox"/>	ASC-US: <input type="checkbox"/>	LSE: <input type="checkbox"/>	ASC-H: <input type="checkbox"/>	HSEL: <input checked="" type="checkbox"/>	CA: <input type="checkbox"/>	OTROS: <input type="checkbox"/>
Positivo: <input checked="" type="checkbox"/>						

OBSERVACIONES

.....

.....

.....

EQUIPOS DE SALUD

Recuerden que es muy importante que completen con letra clara todos los datos de contactos de la mujer para facilitar la entrega de resultados y garantizar el seguimiento y tratamiento adecuado y oportuno.

ARGENTINA NOS INCLUYE 

CAJA OPERATIVA 3.4: MODO DE COMPLETAR LA FICHA PARA EL REGISTRO DE COLPOSCOPIA

Dorso de la ficha

Completar los datos de inspección colposcópica según la clasificación IFPCPC 2011. En el caso de realizar una biopsia, completar el recuadro diseñado para los datos de la misma.

La información para estos apartados debe ser cargada por el colposcopista, luego del informe patológico.

FICHA PARA EL REGISTRO DE COLPOSCOPIA
PNPCC

COLPOSCOPIA

Evaluación General

Adecuada **X**

Inadecuada

Zona de Transformación

1 2 3

(1) Unión Escamocolumnar (UEC) completamente visible
(2) UEC parcialmente visible
(3) UEC no visible

HALLAZGOS COLPOSCÓPICOS (IFCPC 2011)*

Hallazgos Normales

Anormales Grado I (menor)

Grado II (mayor) **X**

No Específico

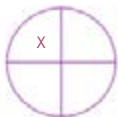
Sospecha de Invasión

Hallazgos Varios

Biopsia **SÍ** **NO**

ECC: (Evaluación Conducta Cervical) **SÍ** **NO**

Test de Schiller + -



RESULTADOS BIOPSIA

Negativo CIN I CIN II CIN III CIS

Ca Invasor Adenocia Adeno Ca Invasor Otros

TRATAMIENTO

Escisión: tipo 1 tipo 2 tipo 3

SEGUIMIENTO

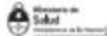
.....

.....

.....

ARGENTINA

NOS INCLUYE



Puede descargarse esta ficha desde: www.salud.gov.ar/inc

3.4 EL TRATAMIENTO DE LAS MUJERES VPH+/PAP ANORMAL CON BIOPSIA CIN2+

La realización de una biopsia ampliada es la estrategia de tratamiento para las mujeres VPH+ con Pap anormal y biopsia CIN2+.

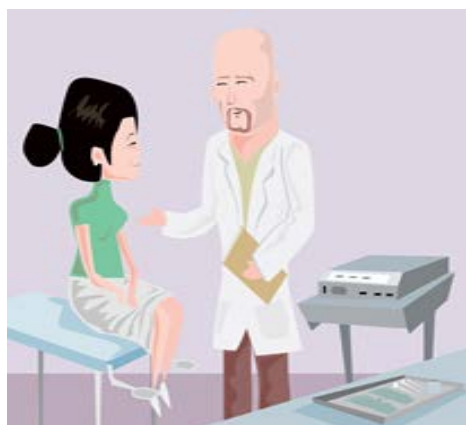
En la actualidad, existen dos procedimientos para la realización de una biopsia ampliada: la escisión electroquirúrgica con asa (LEEP) y la conización a bisturí.¹⁶ Su uso depende de los recursos disponibles en los servicios de tratamiento, el tipo y ubicación de la lesión en el cuello del útero.^j



Estrategia para el tratamiento de mujeres con lesiones histológicamente confirmadas

3.4.1 CARACTERÍSTICAS DEL PROCEDIMIENTO LEEP

Consiste en la extracción del tejido lesionado a través de una unidad electroquirúrgica que genera un voltaje reducido y constante sobre un dispositivo que posee un asa de alambre. El procedimiento posibilita eliminar la lesión así como también la zona de transformación.¹⁶ Dado que el asa puede escindir y coagular al mismo tiempo, facilita una rápida recuperación a la mujer.



^j Para más información sobre las recomendaciones para el tratamiento y seguimiento de mujeres con biopsia CIN2+, se recomienda consultar las recomendaciones del PNPCC que se encuentran disponibles en: www.salud.gob.ar/inc

Si bien la cirugía es ambulatoria, la mujer deberá llevar adelante una serie de cuidados durante cuatro semanas posteriores al tratamiento para facilitar la cicatrización de la herida.¹⁷

El tejido es enviado al laboratorio de histopatología para su análisis

luego de la cirugía y, de ese modo, se determina la extensión de la lesión y si es necesario volver a realizar otro tratamiento. La evidencia disponible sostiene que el LEEP permite erradicar las lesiones en más del 90% de los casos.¹⁶

3.4.2 CARACTERÍSTICAS DE LA CONIZACIÓN A BISTURÍ

En aquellos casos en los que la realización del LEEP no sea posible ni accesible, el PNPC recomienda la conización a bisturí.¹² Este procedimiento consiste en la escisión de una porción cónica del cuello del útero, formada por una parte externa (el exocérnix) y una parte interna (el endocérnix) del cuello del útero. La amplitud de la conización depende del tamaño de la lesión y de la probabilidad de cáncer invasor. La cirugía demora aproximadamente una hora, puede utilizarse anestesia local o general y el alta es obtenida por la mujer el mismo día o al siguiente de la intervención. Si bien esta cirugía es ambulatoria, la mujer deberá llevar adelante una serie de cuidados durante las 4-6 semanas posteriores a la intervención.¹⁷ Dada las características del procedimiento, puede tener algunos efectos secundarios sobre la fertilidad de las mujeres. Por tal motivo, se recomienda consultar a las mujeres jóvenes si desean tener niños antes de realizar dicho procedimiento.^{12,16}

En lo que refiere al análisis del tejido extraído, se realiza el mismo procedimiento que para el LEEP.¹⁶

CAJA OPERATIVA 3.5: PAUTAS A TENER EN CUENTA AL MOMENTO DE REALIZAR EL TRATAMIENTO

- Garantizar las condiciones básicas de privacidad y esterilización del espacio que funcionará como quirófano para que la mujer se sienta cómoda y segura [puerta cerrada, existencia de biombo, bata para cubrir sus partes íntimas, instrumental esterilizado, etc.].
- Explicar a la mujer en qué consiste el tipo de tratamiento [qué instrumentos se usan, si se le inyectará anestesia local y/o general, cómo debe comportarse durante el procedimiento, cuánto tiempo aproximado dura la cirugía, qué significados tienen los resultados, etc.] y por qué es necesario realizarla.
- Explicar a la mujer qué tipos de cuidados debe tener para facilitar la cicatrización de la herida [duración del sangrado, por cuánto tiempo no debe realizar esfuerzos físicos, mantener relaciones sexuales, etc.]. Se sugiere brindar información acerca de los signos de hemorragia y/o infección que debe considerar para acercarse al centro de salud [ej. sangrado abundante con coágulos, fiebre superior a los 38°, etc.].
- Agendar una cita con la mujer para que regrese a buscar el resultado de la biopsia y a controlar la herida. Se sugiere que durante la cita se informe a la mujer sobre la importancia del control pos-tratamiento [tiempo de intervalo que deberá realizar un test de VPH/Pap y por cuánto años se extenderá dicho intervalo].^k

3.5 LA ESTRATEGIA “NAVEGADORAS” PARA EL ACCESO AL DIAGNÓSTICO, SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LAS MUJERES VPH+ Y PAP ANORMAL

Las destinatarias de la estrategia navegadoras son las mujeres VPH+ y Pap anormal sin registro de diagnóstico y/o tratamiento.

El PNPCC implementa la estrategia navegadoras desde el año 2010. Las navegadoras cumplen un rol central en el acceso al seguimiento, diagnóstico y tratamiento de las mujeres VPH+ con Pap anormal. Las navegadoras brindan información y acompañamiento a las mujeres durante este proceso de atención.

^kPara conocer cuál debe ser el manejo de mujeres según el tipo de lesión histológicamente confirmada, se recomienda la consulta de las recomendaciones del PNPCC que se encuentran disponibles en: www.salud.gob.ar/inc

En el marco de los programas, la labor llevada adelante por las navegadoras es central para fortalecer la red de referencia y contrarreferencia, revincular a las mujeres con los servicios de salud y reducir la demora en el acceso al diagnóstico y tratamiento.



Mujeres destinatarias de la estrategia navegadoras recomendada por el PNPCC

CAPACITACIÓN A NAVEGADORAS

El PNPCC brinda a las navegadoras capacitación, asistencia técnica y herramientas para el monitoreo de la estrategia.

Las principales actividades desarrolladas son:

- Capacitación sobre la historia natural del CC y su relación con el VPH; resultados de las pruebas de tamizaje, triage, diagnóstico y tratamiento; procedimientos para realizar el diagnóstico y tratamiento; y algoritmos de seguimiento, diagnóstico y tratamiento de las mujeres VPH+ con Pap anormal.

- Capacitación en el uso del SITAM para generar listados de búsqueda de mujeres VPH+ con Pap anormal sin registro de diagnóstico y/o tratamiento en el sistema de información; además del ingreso de los contactos realizados para monito-

rear el proceso de diagnóstico y tratamiento.

- Capacitación en el manejo de indicadores del SITAM para el monitoreo de los casos de las mujeres contactadas y sin contactar [ver anexo 4].



CAJA OPERATIVA 3.6: TAREAS DE LAS NAVEGADORAS

- Realizar listados de mujeres VPH+ con Pap anormal sin diagnóstico y/o tratamiento registrado para la búsqueda activa por parte de los equipos de APS.
- Contactar a las mujeres VPH+ y Pap anormal sin diagnóstico y tratamiento con mayores dificultades de acceso a los servicios de salud.
- Identificar barreras de accesibilidad a los servicios de diagnóstico y tratamiento.
- Coordinar turnos para colposcopías, biopsias y tratamientos con los servicios de salud.
- Ingresar al SITAM los datos sobre las mujeres contactadas.
- Reportar al referente provincial y/o nacional los contactos realizados y los obstáculos encontrados para la labor.

3.6 REFERENCIAS

1. Gage JC, Ferreccio C, Gonzales M, Arroyo R, Huivin M, Robles SC. Follow-up care of women with an abnormal cytology in a low-resource setting. *Cancer Detect Prev.* 2003; 27(6):466-471.
2. Dzuba IG, Calderón R, Bliesner S, Luciani S, Amado F, Jacob M. A participatory assessment to identify strategies for improved cervical cancer prevention and treatment in Bolivia. *Rev Panam Salud Publica.* 2005; 18(1):53-63.
3. Murillo R, Almonte M, Pereira A, Ferrer E, Gamboa OA, Jerónimo J, et al. Cervical cancer screening programs in Latin America and the Caribbean. *Vaccine.* 2008; 26(11):37-48.
4. Wiesner C, Cendales R, Murillo R, Piñeros M, Tovar S. Seguimiento de mujeres con anomalía citológica de cuello uterino, en Colombia. *Rev Salud Publica (Bogotá).* 2010; 12(1):1-13.

5. Paolino M, Arrossi S. Análisis de los motivos de abandono del proceso de seguimiento y tratamiento por parte de mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en la provincia de Jujuy: implicancias para la gestión. *Salud Colectiva*. 2012; 8(3):247-261.
6. Paolino M, Sankaranarayanan R, Arrossi S. Determinantes sociales del abandono del diagnóstico y el tratamiento de mujeres con Papanicolaou anormal en Buenos Aires, Argentina. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 34(6):437-445.
7. Bingham A, Bishop A, Coffey P, Winkler J, Bradley J, Dzuba I, et al. Factor affecting utilization of cervical cancer prevention services in low-resources settings. *Salud Publica Mex*. 2003; 45(3):408-416.
8. Zapka JG, Puleo E, Taplin SH, Goins KV, Ulcickas Yood M, Mouchawar J, et al. Processes of care in cervical and breast cancer screening and follow-up: the importance of communication. *Prev Med*. 2004; 39(1):81-90.
9. Jeong SJ, Saroha E, Knight J, Rooft M, Jolly PE. Determinants of adequate follow-up of an abnormal Papanicolaou result among Jamaican women in Portland, Jamaica. *Cancer Epidemiol*. 2011; 35(2):211-216.
10. Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). Planning and implementing cervical cancer prevention and control programs: a manual for managers. Seattle: ACCP; 2004.
11. Bergeron C, Giorgi-Rossi P, Cas F, Schiboni ML, Ghiringhello B, Dalla Palma P, et al. Informed cytology for triaging HPV-positive women: substudy nested in the NTCC randomized controlled trial. *J Natl Cancer Inst*. 2015; 107(2):423.
12. Arrossi S, Thouyaret L, Paul L. Prevención del cáncer cervicouterino. Recomendaciones para el tamizaje, seguimiento y tratamiento de mujeres en el marco de programas de tamizaje basados en el test de VPH. Actualización 2015. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2015.
13. Molano M, Van den Brule A, Plummer M, Weiderpass E, Posso H, Arslan A, et al. Determinants of clearance of human papillomavirus infections in Colombian women with normal cytology: a population-based, 5-year follow-up study. *Am J Epidemiol*. 2003; 158(5):486-494.

14. Lazcano-Ponce E, Lőrincz AT, Salmerón J, Fernández I, Cruz A, Hernández P, et al. A pilot study of HPV DNA and cytology testing in 50,159 women in the routine Mexican Social Security Program. *Cancer Causes Control*. 2010; 21(10):1693-1700.
15. Bornstein J, Bentley J, Bösze P, Girardi F, Haefner H, Menton M, et al. 2011 colposcopic terminology of the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. *Obstet Gynecol*. 2012; 120(1): 166-172.
16. OMS. Integración de la atención sanitaria para la salud sexual y reproductiva y las enfermedades crónicas. *Control Integral del Cáncer Cervicouterino. Guía de prácticas esenciales*. Ginebra: OMS; 2007.
17. OMS. *Control integral del cáncer cervicouterino: guía prácticas esenciales*. Washington DC: OPS; 2016.

4

¿CÓMO ES EL FUNCIONAMIENTO DE LOS LABORATORIOS EN EL MARCO DEL TAMIZAJE CON TEST DE VPH?

MENSAJES CLAVE

- La centralización de la lectura de las muestras de VPH y citología es un aspecto central para la eficacia de los programas de prevención basados en el test de VPH.
- El traslado conjunto de las muestras de VPH y los Paps (triage) de las mujeres de 30+ años a un mismo servicio hospitalario es clave para garantizar la correcta identificación de las mujeres y la lectura de las pruebas.
- El espacio físico del laboratorio que concentra la lectura de los tests de VPH debe ser adaptable para procesar diferentes tipos de pruebas de VPH disponibles.
- El entrenamiento del personal de salud involucrado en la lectura de las pruebas debe ser un aspecto relevante a considerar por los programas de prevención para garantizar la calidad de la lectura.
- Una buena organización de la recepción y almacenamiento de las muestras de VPH favorece a la eficacia de la estrategia del test de VPH.

Los laboratorios de VPH, citología y anatomía patológica cumplen un rol central en el marco de un programa de prevención de CC, ya que a allí se procesan las pruebas de tamizaje y diagnóstico para la identificación de las mujeres que se encuentran en mayor riesgo de desarrollar CC.

Alcanzar una alta calidad de la lectura de las muestras es fundamental para que la labor de los laboratorios sea efectiva y los programas de prevención cumplan su función. En un contexto de introducción del test de VPH a nivel programático se generan nuevos desafíos para el correcto funcionamiento de los laboratorios, dado que la estrategia incorpora un

nuevo laboratorio al servicio –el laboratorio de VPH- que tiene características y dinámica propia, pero que debe operar en articulación con los laboratorios que procesan las muestras citológicas e histológicas. Además, la estrategia de tamizaje basada en el test de VPH ubica a la citología en un nuevo rol (triage). Esto tiene un impacto en el funcionamiento del laboratorio de citología, no sólo por la reducción de la cantidad de muestras procesadas (debido a que se leen solamente los Paps de las mujeres VPH+), sino por el tipo de muestras que allí se procesan (mujeres con infección por VPH de alto riesgo oncogénico).

Por tal motivo, los programas de prevención deben considerar el diseño de una estrategia destinada a los laboratorios que defina la articulación entre el laboratorio de VPH y el de citología, así como también, el modo en el cual se garantizará la calidad de la lectura del Pap.

4.1 LA ESTRATEGIA DE CENTRALIZACIÓN DE LOS LABORATORIOS DE VPH Y CITOLOGÍA EN EL MARCO DEL TAMIZAJE CON TEST DE VPH

La centralización de la lectura de las muestras de VPH y Paps de las mujeres de 30+ años en un mismo servicio hospitalario es la estrategia recomendada para los laboratorios de VPH y citología.

En un contexto de tamizaje con test de VPH, la centralización de la lectura de los tests de VPH y los Paps (triage) es fundamental para la efectividad de la estrategia. En lo que respecta a los aspectos logísticos, la concentración de las muestras de VPH y citología en un mismo servicio es necesaria porque sólo un laboratorio provincial contará con el equipo y los insumos necesarios para realizar el procesamiento. Esta condición base para implementar la estrategia del test de VPH favorece a una correcta identificación y rápida ubicación de las muestras durante el traslado, la carga casi simultánea de las pruebas en el SITAM y la reducción de la demora en la entrega de resultados. Por otro lado, la concentración de las muestras de Pap de las mujeres de 30+ años en un mismo laboratorio de citología garantiza un volumen aceptable de Paps, lo que favorece a mejorar el desempeño de la citología para la detección de lesiones precancerosas.¹

El PNPCC recomienda también la centralización de la lectura de las biopsias de las mujeres de 30+ años en el servicio de anatomía patológica en el hospital de referencia seleccionado para centralizar la lectura de las muestras de VPH y Paps.²



Estrategia de centralización de las muestras de VPH y Paps en un mismo servicio hospitalario de referencia.

CAJA OPERATIVA 4.1: PAUTAS A TENER EN CUENTA PARA ELEGIR Y ARMAR EL LABORATORIO DE VPH

- Instalar el laboratorio de VPH en un hospital de referencia que cuente con un servicio de citología y anatomía patológica.
- Construir el laboratorio de VPH en base a los requisitos de la prueba seleccionada [ver caja operativa 4.2]. Es recomendable contemplar que el espacio pueda ser adaptado para procesar todos los tipos de test de VPH aprobados por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).
- Capacitar a los recursos humanos que llevarán adelante el procesamiento de los tests de VPH [rutina de procesamiento, calidad de las muestras a procesar, resultados de las pruebas, manejo del idioma inglés, etc.].
- Asegurar la disponibilidad en el laboratorio de un espacio para el buen funcionamiento de la mesa de entradas, el almacenamiento de las muestras y el registro en el SITAM.

CAJA OPERATIVA 4.2: ¿QUÉ REQUERIMIENTOS DEBEN CONSIDERARSE PARA ARMAR EL LABORATORIO DE VPH?

- Tipo de instalación eléctrica para el buen funcionamiento de los equipos a utilizar.
- Tipo de iluminación para realizar las tareas en el laboratorio [luces especiales, etc.].
- Temperatura para garantizar la correcta conservación y procesamiento de las muestras [necesidad de aire acondicionado, graduación de temperatura de heladeras y freezers].
- Cantidad y tipo de mesadas para procesar la prueba de VPH utilizada.
- Condiciones de seguridad e higiene para trabajar en el laboratorio de VPH con la prueba seleccionada [espacio estanco, sellado de aberturas, uso de guantes sin talco, no realización de pipeteo bucal, etc.].

4.2 RECEPCIÓN DE LAS MUESTRAS EN EL LABORATORIO

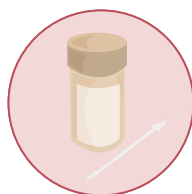
La tarea de recepción de las muestras que realiza el personal de mesa de entrada es clave para el correcto funcionamiento del laboratorio ya que en esta instancia se registran, identifican y clasifican las muestras para su procesamiento y lectura. Una buena gestión de la mesa de entradas facilita la solución de diversos problemas que pueden surgir en el laboratorio como las muestras sin identificar; los tubos colectores vencidos, abiertos o dañados; así como también los vidrios rotos de Paps (triage).

CAJA OPERATIVA 4.3: PASOS A REALIZAR POR LA MESA DE ENTRADAS DEL LABORATORIO

- Organizar los tiempos de la mesa de entrada teniendo en cuenta el vencimiento de las muestras según el tipo de test de VPH utilizado [ej. 14 días posteriores a la toma].
- Identificar las muestras rechazadas para su lectura y organizar su envío a los centros de toma para ser repetidas [ver figura 4.1]. Es importante registrar los motivos de rechazo para realizar el monitoreo de insumos, la calidad de la toma de la muestra y la logística del traslado de las muestras desde los centros de toma al laboratorio.
- Identificar las muestras aceptadas de VPH y Pap. La identificación requiere contar con los datos del DNI, nombre y apellido de la mujer y la zona sanitaria donde fue realizada la toma. En el caso de las biopsias, es importante que se tenga información sobre los datos clínicos y antecedentes de la mujer.
- Registrar las muestras aceptadas de VPH y Paps en el libro de registro. En el caso de las biopsias cervicales, su ingreso se realiza en el libro de registro de histología general del servicio. Se sugiere que el código de registro que se utilice sea único y correlativo para evitar errores de identificación.
- Asegurar el correcto almacenamiento de las muestras recibidas para evitar que se dañen o echen a perder [ej. colocar las muestras en gradillas y conservar a temperatura ambiente, heladera y/o freezer según intervalo de tiempo que haya transcurrido desde la toma hasta su recepción en el laboratorio].

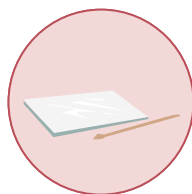
Figura 4.1 Motivos de rechazo de las muestras de VPH, Pap y biopsias en los laboratorios para su lectura

Test de VPH



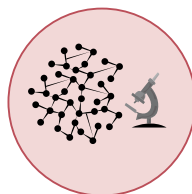
- Vencidos
- Sin líquido conservador
- Rotos
- Fuera de la frecuencia sugerida por protocolo [1-5 años]
- Fuera de la edad objetivo [Mujeres <30 años]
- Sin Pap asociado (no autotoma)
- Sin identificar

Pap



- Vidrios rotos
- Sin identificar

Biopsias



- Sin identificar
- Sin formol luego de 24 horas de realizada su toma

4.3 LECTURA DE LAS MUESTRAS EN EL LABORATORIO

La eficacia del procesamiento y lectura de las muestras es fundamental para la identificación de las mujeres con mayor riesgo de desarrollar CC y para determinar si el tratamiento realizado a la mujer ha dado resultados. Por tal motivo, durante este proceso es muy importante el estricto seguimiento de los protocolos de trabajo, la articulación constante entre los laboratorios de VPH-citología-histopatología y la correcta carga de datos filiatorios/resultados en el SITAM.

CAJA OPERATIVA 4.4: PASOS A TENER EN CUENTA DURANTE LA PREPARACIÓN Y LECTURA DE LAS MUESTRAS DE TEST DE VPH, PAP Y BIOPSIAS

TEST DE VPH

- Identificar las muestras de VPH.
- Organizar la cantidad de muestras diarias a procesar [una o más corridas por día].
- Seguir los pasos estrictos para garantizar el correcto procesamiento de las muestras según las indicaciones del manual del proveedor del test de VPH utilizado.
- Respetar las pautas de seguridad e higiene.
- Realizar la carga de resultados en el SITAM.

PAP

- Identificar los vidrios.
- Colorear de acuerdo a la técnica de Pap.
- Usar cubreobjetos secos y limpios que cubran todo el material del portaobjeto.
- Usar la nomenclatura del Sistema Bethesda para establecer el diagnóstico.

CAJA OPERATIVA 4.4: PASOS A TENER EN CUENTA DURANTE LA PREPARACIÓN Y LECTURA DE LAS MUESTRAS DE TEST DE VPH, PAP Y BIOPSIAS

- Realizar la carga de resultados en el SITAM siguiendo la nomenclatura del Sistema Bethesda.
- Archivar los preparados con resultados anormales durante 10 años.

BIOPSIAS

- Identificar las biopsias.
- Realizar macroscopía de las biopsias de forma separada e identificando la localización de la lesión [hora 6, 12, etc.]. Pintar con tinta china los bordes de piezas de LEEP y conizaciones para identificar los márgenes.
- Usar la nomenclatura propuesta por la OMS³ para establecer el diagnóstico, al cual adhiere el PNPCC.
- Realizar la carga de resultados en el SITAM siguiendo la nomenclatura de la OMS.³
- Archivar de modo permanente los tacos y vidrios por 10 años.

4.3.1 ALGUNOS ASPECTOS A TENER EN CUENTA POR EL LABORATORIO DE CITOLOGÍA

El PNPCC contempló el uso de la clasificación Bethesda al momento de diseñar la Ficha de solicitud de tamizaje Pap/test de VPH con el objetivo de facilitar la carga del diagnóstico en el SITAM. A continuación se describe el modo en el cual esta ficha debe ser completada por el citólogo.

CAJA OPERATIVA 4.5: MODO DE COMPLETAR LA FICHA DE SOLICITUD DE TAMIZAJE PAP/TEST DE VPH LUEGO DE LA LECTURA DEL PAP DE TRIAGE

Dorso de la ficha

Este apartado es completado por el tomador de TD

Completar en su totalidad para facilitar la carga de los resultados del Pap de triage en el SITAM

FICHA DE SOLICITUD DE TAMIZAJE PAP/ TEST DE VPH			
TOMA DE PAP		TOMA TEST DE VPH	Fecha muestra: 16 / 09 / 2016
Tipo de Muestra: Exocervical (C) <input checked="" type="checkbox"/> Endocervical (E) <input type="checkbox"/> Exo y Endo Cervical (CE) <input type="checkbox"/> Cúpula Vaginal <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	Si <input checked="" type="checkbox"/>
Método Toma Muestra: Espátula <input checked="" type="checkbox"/> Cepillo <input type="checkbox"/> Espátula y Cepillo <input type="checkbox"/>		Convencional <input checked="" type="checkbox"/> Autotoma <input type="checkbox"/>	
PAP Previo: NO <input type="checkbox"/> (de 1° vez) SI <input checked="" type="checkbox"/> - de 3 años <input checked="" type="checkbox"/> + de 3 años <input type="checkbox"/>			
Centro de toma de Muestra: Hospital Posadas		Firma y nombre del responsable de la toma: Ficticia Lera	
Para ser completado por el laboratorio de citología			
Diagnóstico (SITAM/ Bethesda):			Protocolo N°:
I. Calidad de la muestra	1- Muestra satisf. para eval. 3- HSIL	IV. Otros hallazgos	XXXXXX-ABC
II. Células escamosas		V. Flora	
III. Células glandulares	1- No se observan células glandulares	VI. Sugerencias	
		7- Cambios cel. queratósicos 1- Flora vaginal sin cambios remarcables	

Puede descargarse esta ficha desde: www.salud.gob.ar/inc

CONTROL DE CALIDAD

Para garantizar una buena calidad de la lectura de las muestras, el PNPCC recomienda:

- Capacitación en servicio: el PNPCC brinda este tipo de capacitación a través de la visita y permanencia de un experto en el laboratorio con el objetivo de intercambiar saberes vinculados con la gestión, actualización de criterios diagnósticos y realización de talleres de correlación cito-histológica.
- Para la citología: doble lectura de los casos patológicos; relectura del 10% de los casos negativos y/o revisión rápida de todos los extendidos negativos; y correlación cito-histológica para los casos que se realicen biopsias.

4.3.1 ALGUNOS ASPECTOS A TENER EN CUENTA POR EL LABORATORIO DE CITOLOGÍA

El PNPCC contempló el uso de la clasificación Bethesda al momento de diseñar la Ficha de solicitud de tamizaje Pap/test de VPH con el objetivo de facilitar la carga del diagnóstico en el SITAM. A continuación se describe el modo en el cual esta ficha debe ser completada por el citólogo.

CAPACITACIÓN PARA EL USO DEL SITAM

El PNPCC –a través de la mesa de ayuda del Área SITAM- capacita y brinda soporte técnico a los usuarios que forman parte de la red de atención de los programas provinciales de prevención del CC.

Las principales actividades desarrolladas son:

- Capacitación a los usuarios en el modo en el cual deben ser ingresados los datos según el perfil de usuario: toma de muestra, laboratorio y ginecología [ver caja operativa 4.6].
- Capacitación a los usuarios en el uso de los indicadores que permite el SITAM para monitorear y evaluar las estrategias según el perfil de usuario: toma de muestra, laboratorio, ginecología y coordinador nacional/provincial.
- Recepción y resolución de consultas de los usuarios de manera online [sitamconsultas@gmail.com].

CAJA OPERATIVA 4.6: CARGA DE DATOS DE LA MUJER, TOMA DE MUESTRAS, ESTUDIOS Y RESULTADOS EN EL SITAM

- La carga de datos y resultados al SITAM puede ser realizada por miembros del equipo de salud que formen parte de la red de referencia y contrarreferencia de la prevención del CC, que hayan sido capacitados para el uso del SITAM y hayan firmado un convenio de confidencialidad para el resguardo de los datos.
- Los datos filiatorios y de la toma de muestra pueden ser ingresados por usuarios con perfil de laboratorio y/o toma de muestra. En este último caso, se recomienda que la descentralización de la carga de datos sea planificada e implementada de manera progresiva por el laboratorio que centraliza las muestras de test de VPH y Pap [ej. comenzar la carga descentralizada en aquellos centros de salud que tienen recursos, buena conexión a internet y mayor volumen de estudios].
- Los resultados de las pruebas de test de VPH, Paps y biopsias son ingresados al SITAM por los laboratorios de VPH, citología y anatomía patológica a través de un perfil de usuario de laboratorio.
- Los resultados de colposcopia pueden ser ingresados al SITAM por los establecimientos que la realicen a través de un perfil de usuario de toma de muestra y/o por los servicios de ginecología/secciones de patología cervical a través de un perfil de usuario de patología cervical.

4.5 REFERENCIAS

1. IARC-WHO. Handbooks of Cancer Prevention. Vol 10: Cervix Cancer Screening. Lyon: IARC Press; 2005.
2. Marín O. Implementación de laboratorios de HPV, en el marco del tamizaje primario [disertación]. Buenos Aires: VII Seminario Internacional “Prevención de Cáncer Cerviouterino: implementación, evaluación y expansión”; 2015. [citado 23 ago 2016]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/cancer-cervico-uterino/imagenes/stories/4-seminarios/pdf/Seminario2015/dia-2/5-implementacion-de-laboratorios-de-vph-en-el-contexto-del-tamizaje-primario-o_marin.pdf

3. Darragh TM, Colgan TJ, Cox JT, Heller DS, Henry MR, Luff RD, et al. The lower anogenital squamous terminology standardization project for HPV-associated lesions: background and consensus recommendations from the College of American Pathologists and the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. *Arch Pathol Lab Med.* 2012; 136(10):1266-1297.

5

¿CUÁL ES EL APORTE DE LA COMUNICACIÓN A LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE CÁNCER CERVICOUTERINO BASADOS EN EL TEST DE VPH?

MENSAJES CLAVE

- La comunicación puede ayudar a los programas de prevención a difundir la importancia del tamizaje, la disponibilidad del test de VPH y la adherencia al diagnóstico y tratamiento.
- Los mensajes sobre el CC y el test de VPH deben estar orientados a disminuir los sentimientos negativos que el testeo y las pruebas de diagnóstico pueden generar en las mujeres; además de la carga estigmatizante asociada al VPH.
- La información sobre el test de VPH debe acompañar a las mujeres en las instancias previas y posteriores al tamizaje.
- La consejería es un dispositivo de comunicación adecuado para prevenir el CC y para contribuir a la adherencia de las mujeres al tamizaje, seguimiento, diagnóstico y tratamiento.

La comunicación es una dimensión clave a considerar por los programas ya que posibilita incrementar el conocimiento y la sensibilización de las audiencias; influenciar en las percepciones, creencias y actitudes; refutar mitos e ideas falsas; y promover vínculos entre las mujeres, los equipos y servicios de salud.

En lo que respecta a la incorporación del test de VPH, la comunicación es fundamental para los programas para sensibilizar a los distintos interlocutores sobre la importancia de la prueba para prevenir el CC, difundir la disponibilidad del test de VPH en el sistema de salud y disminuir los niveles de ansiedad de las mujeres al momento de realizarse las pruebas de tamizaje/diagnóstico y esperar sus resultados. Específicamente sobre este último punto, la comunicación cumple un rol central ya que la infor-

mación que las mujeres reciban sobre el significado de un resultado VPH+ y/o el hallazgo de una lesión puede incidir en la adherencia al proceso de prevención del CC.¹

Dado que la temática del CC se encuentra atravesada por el miedo, la desinformación, los mitos y posee una carga estigmatizante,²⁻⁵ se hace imprescindible la elaboración de estrategias de comunicación que tengan entre sus objetivos instalar el mensaje preventivo del test de VPH y reducir la circulación de los sentidos negativos atribuidos socialmente al CC y al VPH.⁶

5.1 ¿CÓMO ELABORAR UNA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN EN EL MARCO DE LA INCORPORACIÓN DEL TEST DE VPH?

Para que sea efectiva, la estrategia de comunicación debe ser planificada.

Al igual que para otros componentes programáticos, la comunicación debe ser planificada de manera rigurosa.⁷ Lo cual implica definir un objetivo comunicacional, generar un diagnóstico de base, elaborar una estrategia de comunicación y evaluar dicha estrategia.

CAJA OPERATIVA 5.1: COMPONENTES CLAVE PARA ELABORAR UNA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN

- Definir un objetivo comunicacional [sensibilizar sobre el CC; inducir al tamizaje; promocionar el test de VPH; elaborar dispositivos para disminuir el impacto psico-social de un resultado VPH+; capacitar en buenas prácticas de comunicación; posicionar al test de VPH en la agenda pública; etc.].
- Identificar quiénes son los destinatarios de los mensajes sobre el test de VPH [mujeres de 30+ años, equipos de salud, comunicadores sociales, autoridades gubernamentales, etc.].
- Conocer las características que tienen los destinatarios [edad, nivel educativo/ingresos, ocupación, lenguaje, conocimientos, consumos culturales, fuentes de información, modos de comunicarse, etc.].
- Elaborar los mensajes sobre el test de VPH [qué aspecto de la prueba se resaltarán, qué lenguaje se utilizará y cómo se interpelará al destinatario].
- Identificar los espacios en los que circularán esos mensajes [consultorio médico, casa de la mujer, sala de espera, espacio de capacitación, talleres, jornadas comunitarias, etc.].
- Identificar las instancias en las que pueden ser brindados los mensajes [previo, durante y/o post tamizaje].
- Seleccionar los canales, soportes y mecanismos que se utilizarán para transmitir los mensajes [materiales gráficos, audiovisuales, digitales, instancias de asesoría personal, etc.].
- Evaluar y monitorear la estrategia según el objetivo comunicacional [ej. evaluación del uso de los materiales, evaluación del impacto de campaña masiva, monitoreo de la distribución de los materiales en el territorio, etc.].

CASO EJEMPLO: IMPLEMENTACIÓN DE LA CAMPAÑA DE COMUNICACIÓN MASIVA DEL TEST DE VPH

En el 2012, el PNPCC diseñó la primera campaña de comunicación masiva en una provincia con el objetivo de sensibilizar acerca de la prevención del CC e instalar en el espacio público y sanitario la existencia del test de VPH como nuevo método de tamizaje.⁵ La campaña se implementó en la provincia de Jujuy en el 2013 y fue evaluada el 2014 para realizar su extensión a nuevas provincias del país que incorporen el test de VPH. A continuación se describen las actividades realizadas.

› DISEÑO DE LA CAMPAÑA

- **Identificación de los principales destinatarios de los mensajes sobre el test de VPH:** mujeres de 30+ años, su grupo inmediato e integrantes del equipo de salud.
- **Conocimiento de las características de las principales destinatarias del test de VPH:** el PNPCC realizó visitas técnicas a la provincia para conocer los rasgos identitarios y la idiosincrasia de las mujeres jujeñas. A partir de ello, elaboró la estética para los materiales de comunicación de la campaña que tuvo las siguientes características: figura de una mujer con rasgos físicos parecidos a los jujeños (tez y pelo moreno); guarda gráfica similar a un aguayo jujeño; tipografía en color amarillo (ligado a la cultura jujeña por su naturaleza) y color violeta para la gráfica general (color que identifica al PNPCC y representa la lucha femenina).
- **Elaboración de los mensajes sobre el test de VPH:** los mensajes elaborados resaltaron la existencia del test de VPH, sus destinatarias, los lugares dónde podía realizarse, su carácter de gratuidad y derecho a la salud de la mujer. El lenguaje utilizado fue no técnico y con tono directivo.
- **Elección de los canales, soportes y mecanismos usados para transmitir los mensajes:** se utilizaron canales/soportes gráficos y audiovisuales, considerando espacios de concentración exclusivamente.
- **Identificación de los espacios en los que serían brindados esos mensajes:** se elaboró un afiche y una aficheta para su disposición en paredes de centros de salud y hospitales. Además de un folleto (díptico), un flyer y un carnet de test de VPH para para ser entregados por el equipo de salud en el marco de la consulta ginecológica, visita domiciliaria y/o jornadas de promoción del test de VPH. La información de estos materiales fue pensada para ser mediada por el equipo de salud a través de una traducción en lenguaje coloquial. En lo que respecta a los spots audiovisuales, fueron transmitidos por las radios y canales de televisión de la provincia.

• **Identificación de las instancias en las que pueden ser brindados los mensajes:** los materiales gráficos y audiovisuales fueron diseñados teniendo en cuenta las instancias previas (afiches, afichetas, folleto díptico y spots audiovisuales) y posteriores al tamizaje (flyer y carnet de test de VPH). Los mensajes de los primeros estuvieron centrados en el test de VPH y en las destinatarias; mientras que, los segundos, hacían hincapié en los resultados del test de VPH y del Pap (triage).

› EVALUACIÓN DE LA CAMPAÑA DEL TEST DE VPH

La evaluación de la campaña se realizó con el objetivo de analizar las percepciones y opiniones de las mujeres sobre la misma. Para ello, se realizó un estudio cualitativo para conocer las opiniones de las mujeres acerca de las piezas gráficas y audiovisuales de la campaña.⁵

A partir de los resultados de esta investigación, el PNPCC rediseñó los materiales gráficos de comunicación sobre el test de VPH teniendo en cuenta el mensaje que se canalizaba por los spots audiovisuales y la aficheta: disponibilidad del test, para quién es y dónde puede realizarse. El nuevo folleto (díptico) se diseñó con menor cantidad de contenido y vocabulario más sencillo [ver figura 5.1].

5.2 LOS DESTINATARIOS DE LAS ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN SOBRE EL TEST DE VPH

Las principales destinatarias de las estrategias de comunicación sobre el CC y el test de VPH son las mujeres de 30+ años.

Pueden incluirse en la estrategia comunicacional de los programas otros actores clave para instalar la importancia del tamizaje para prevenir el CC en las mujeres de 30+ años [ej. profesionales del equipo de salud, periodistas, personalidades públicas, etc.].

5.2.1 LA IMPORTANCIA DE CONOCER A LAS MUJERES

Conocer cuáles son las características de las mujeres y los conocimientos, opiniones, creencias previas y actitudes que ellas poseen acerca de la prevención del CC y del test de VPH es fundamental⁷ porque:

- Permite diseñar estrategias más efectivas de difusión de ambos temas y lograr la sensibilización de las mujeres.
- Permite redactar los diferentes mensajes y seleccionar los soportes en los que pueden ser dinamizados esos mensajes, para que puedan ser comprendidos por las mujeres.

La información sobre las mujeres puede ser obtenida por los programas a través de investigaciones propias (ej. entrevistas, encuestas, grupo focal, etc.) y/o a partir de un relevamiento de la evidencia científica disponible a través de la realización de una búsqueda bibliográfica. Con respecto a esta última, es muy importante que los estudios que se releven hayan sido realizados en el contexto local y/o en otros sitios con características muy similares al contexto en el que será implementada la estrategia de comunicación.

LO QUE PIENSAN LAS MUJERES

Entre los años 2008 y 2010, el PNPCC realizó una investigación² para indagar los conocimientos y percepciones de las mujeres sobre el CC, sus causas, métodos de prevención/tratamiento e identificación de las barreras de acceso a los servicios de tamizaje.

El estudio encontró que las mujeres:

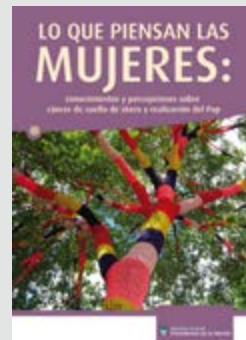
- Tienen un conocimiento confuso y vago sobre las causas del CC. Desconocen al VPH como causal necesario del CC.
- Asocian al Pap como un estudio para el cuidado de su salud, aunque no siempre pueden definir su utilidad y su relación con el CC. El Pap aparece principalmente asociado a la edad reproductiva, dejando por fuera a las mujeres que tienen mayor riesgo de desarrollar CC.

• El miedo, la vergüenza y las malas experiencias con la calidad de la atención actúan como barreras para la realización del Pap.

Estos resultados fueron utilizados para el diseño de estrategias de acceso de las mujeres a los servicios de salud y contenidos para los materiales de comunicación.

La investigación completa se encuentra disponible en:

www.salud.gov.ar/inc



5.3 MENSAJES CLAVE A TRANSMITIR A LAS MUJERES SOBRE EL CÁNCER CERVICOUTERINO Y EL TEST DE VPH

Los mensajes sobre el CC y el test de VPH deben ser claros, sencillos y deben tratar de reducir el miedo y el estigma asociados a la enfermedad.

El CC no es un tema fácil de abordar ya que se encuentra vinculado al cáncer y a la sexualidad.⁸ Hablar sobre CC puede generar miedo dado que la mayoría de las mujeres desconocen la posibilidad de prevenirlo y/o lo consideran una enfermedad grave, incurable y vinculada a la muerte.^{2,3}

Además, es un tema que puede generar vergüenza y/o incomodidad porque implica hablar sobre la vida privada y realizar prácticas que exponen al cuerpo.⁸

En el caso del test de VPH, también es un tema difícil de tratar porque muchas mujeres nunca escucharon hablar sobre el virus y su relación con el CC, no saben cómo se transmite, qué efectos puede tener una infección persistente y la característica asintomática de las lesiones que puede generar.^{2,4} Por otro lado, la transmisión del virus puede ser asociada por las mujeres y los varones a prácticas de infidelidad y prosmicuidad, generando sospechas de infidelidad, culpa y/o estigma en las mujeres VPH+ y sus parejas.^{6,9-12}

PREGUNTAS FRECUENTES DE LAS MUJERES SOBRE EL CÁNCER CERVICOUTERINO

En el 2016, el PNPCC actualizó el contenido de la carpeta para médicos sobre el test de VPH.¹³ Esta carpeta incluye preguntas frecuentes sobre el VPH y el test de VPH con posibles respuestas a brindar por los profesionales.

La carpeta se encuentra disponible en: www.salud.gob.ar/inc



CAJA OPERATIVA 5.1: PAUTAS PARA UNA BUENA COMUNICACIÓN SOBRE EL CÁNCER CERVICOUTERINO Y EL TEST DE VPH

- Brindar información de manera clara.
- Enfocar los mensajes sobre el CC y su posibilidad de prevenirlo a través del test de VPH.
- Reducir la carga estigmatizante asociada al VPH en tanto virus de transmisión sexual, para evitar el rechazo del tamizaje por parte de la mujer por miedo a tener problemas con su pareja, sentirse culpable y/o estigmatizada por sus prácticas sexuales.
- Recordar la disponibilidad de la vacuna contra el VPH para las niñas de 11 años y resaltar la importancia del tamizaje cuando cumplan los 30 años para prevenir el CC.
- Utilizar un lenguaje y prácticas respetuosas al momento de nombrar las partes íntimas del cuerpo de la mujer y al realizar la revisión ginecológica. Las palabras, los gestos y los modos utilizados durante el tamizaje pueden generar sentimientos de incomodidad en la mujer.
- Utilizar, en el caso de ser posible, herramientas gráficas que apoyen el discurso [ver figura 5.3].

Cuadro 5.1 Mensajes clave a transmitir a las mujeres sobre el cáncer cervicouterino, el VPH y el test de VPH

TEMA A ABORDAR	MENSAJES CLAVE A TRANSMITIR
Cáncer cervicouterino	<ul style="list-style-type: none"> - El CC es posible prevenir ya que desde que se producen los primeros cambios en las células hasta que se genera cáncer transcurren en promedio 10 a 15 años. - Los cambios en las células son producidos por la infección persistente por algunos tipos de VPH. Los cambios en las células no son perceptibles a simple vista ni tampoco se sienten. - La presencia de cambios en las células en el cuello del útero no significa cáncer.
VPH	<ul style="list-style-type: none"> - El VPH es un virus muy común entre varones y mujeres. Se transmite por contacto sexual a través de la piel y la mucosa. Puede permanecer en el cuerpo por muchos años sin generar ningún tipo de manifestación. - En el varón y la mujer, algunos tipos de VPH pueden generar verrugas genitales. Las verrugas no están vinculadas al cáncer. - En las mujeres, algunos tipos de VPH pueden generar cambios en las células del cuello del útero. En la mayoría de los casos, esos cambios celulares suelen desaparecer espontáneamente en un lapso de dos años. En pocos casos, los cambios en las células permanecen y, si no se detectan y tratan, con el paso del tiempo pueden producir cáncer.
Test de VPH	<ul style="list-style-type: none"> - El test de VPH es un método eficaz para prevenir el CC, ya que posibilita detectar si la mujer tiene los tipos de VPH que pueden generar cambios en las células del cuello del útero. - Un resultado VPH+ no significa cáncer [ver figura 5.1].

5.3.1 MOMENTOS PARA COMUNICAR A LAS MUJERES SOBRE EL TEST DE VPH

Dos son las instancias más importantes para que las mujeres sean informadas sobre el CC y el test de VPH:

- **Antes del tamizaje:** informar a las mujeres en esta instancia puede facilitar la comprensión de la finalidad del test de VPH para la prevención del CC, la adherencia al tamizaje y la disminución de los efectos negativos del testeo como el pudor de exponer el cuerpo desnudo y la ansiedad de esperar los resultados.¹⁴
- **Después del tamizaje:** informar a las mujeres luego del tamizaje (especialmente en el momento de la entrega de los resultados) es fundamental para disminuir el miedo y la angustia de recibir un resultado VPH+. Brindar un mensaje claro sobre los significados de los resultados en esta instancia es clave para evitar abandonos durante el proceso de diagnóstico y tratamiento.^{1,14,15}

5.4 SOPORTES DE COMUNICACIÓN PARA LOS MENSAJES SOBRE EL TEST DE VPH

Los materiales gráficos son una estrategia económica para informar y promocionar el test de VPH entre mujeres.

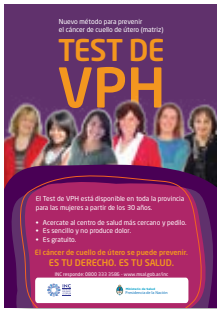
Los soportes de comunicación son las diversas formas en las que pueden circular los mensajes que se elaboren sobre el test de VPH.

Dentro de los diferentes soportes, los materiales gráficos son útiles para vehicular la información relevante sobre el tamizaje y sus resultados a las mujeres ya que tienen un bajo costo económico, pueden guardarse, compartirse y permiten ser releídos las veces que las mujeres lo necesiten (ej. folletos, volantes, afiches, etc.).

CAJA OPERATIVA 5.2: PAUTAS A TENER EN CUENTA AL MOMENTO DE ELABORAR MATERIALES GRÁFICOS SOBRE EL TEST DE VPH

- Desarrollar mensajes breves, sencillos, directos y en el lenguaje de las mujeres para las cuales van dirigidos.
- Generar una imagen gráfica que les permita a las mujeres identificarse con el mensaje.
- Seleccionar los mensajes y soportes en base al objetivo comunicacional [ver figura 5.3].
- Enfocar los mensajes en el carácter preventivo del CC que posee el test de VPH.
- Brindar la información de los tipos de centros de salud donde pueden testearse las mujeres, su disponibilidad gratuita y que es un derecho a su salud.
- Brindar un número de teléfono, sitio web del programa o de alguna organización considerada fuente segura de información para que las mujeres u otros miembros de la comunidad puedan ampliar la información en caso de necesitarlo [PNPCC, IARC-OMS, etc.].

Figura 5.1 Materiales gráficos sobre el test de VPH diseñados por el PNPCC para responder a diversos objetivos relacionados al tamizaje



AFICHETA TEST DE VPH



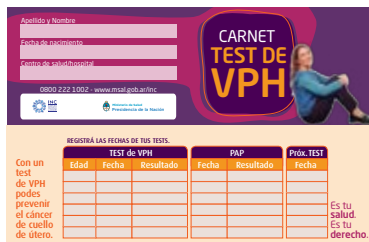
Promociona e informa sobre la disponibilidad del test de VPH en los centros de salud de las provincias.



DIPTICO TEST DE VPH



Informa sobre el virus, el test de VPH, los significados de los resultados del test de VPH y del Pap.



CARNET TEST DE VPH



Registra la toma de test de VPH y Pap (triage), los resultados obtenidos y la fecha de la próxima toma del test de VPH que debe realizar la mujer.

Pueden descargarse estos materiales gráficos desde: www.salud.gob.ar/inc

5.5 EL DISPOSITIVO DE CONSEJERÍA COMO ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN INTERPERSONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

La consejería permite que las mujeres se apropien de la información y puedan adquirir prácticas preventivas para su salud.

La consejería es una estrategia de comunicación interpersonal que promueve el diálogo entre las mujeres y el equipo de salud. Pueden ser individuales, de pareja y/o grupales.

En el marco de las consejerías, el equipo de salud tiene la tarea de informar a los usuarios sobre los beneficios y los riesgos de los estudios y/o resultados. Si bien poseen un rasgo persuasivo, los principales componentes de la consejería son la promoción y difusión sobre prácticas preventivas/tratamientos; la educación para que los usuarios puedan contar con recursos para tomar decisiones sobre su salud; el asesoramiento basado en la escucha activa y los principios de respeto, privacidad, veracidad y confidencialidad.^{8,16}

En lo que respecta al CC, la consejería posibilita brindar información de calidad y comprensible a las mujeres, aclarando sus dudas, diluyendo mitos e ideas erróneas. Puede facilitar la toma de decisión para

la realización del test de VPH, estudios diagnósticos y tratamientos; además de disminuir el impacto negativo que un resultado VPH+, Pap anormal y/o biopsia CIN2+ pueden provocar.¹⁶



Dispositivo de consejería en el marco de la consulta médica

CAJA OPERATIVA 5.3: PAUTAS A TENER EN CUENTA AL MOMENTO DE DISEÑAR UN DISPOSITIVO DE CONSEJERÍA

› Elegir a los profesionales del equipo de salud que llevarán adelante la consejería. Cualquier integrante del equipo de salud capacitado, sensibilizado con la problemática del CC y que posea las siguientes competencias puede brindar consejería:

- Tener capacidad de escucha.
- Utilizar lenguaje comprensible, que incluya el buen uso de los silencios y la comunicación no verbal [gestos en el rostro, las manos, el torso y la vestimenta].
- Tener la capacidad de identificar y reflejar sentimientos.
- Poder formular preguntas significativas.
- Poder ponerse en el lugar del otro.
- Poder manejar tiempos y sentimientos de incomodidad de las mujeres.
- Ser respetuoso y no juicioso.
- Poder brindar información, clara y sencilla.

› Capacitar a los profesionales que llevarán adelante la consejería en los siguientes tópicos:

- Órganos reproductivos de la mujer y, especialmente, el cuello del útero.
- Historia natural del CC y del VPH.
- Sexualidad, cáncer, género y muerte.
- Métodos de prevención y diagnósticos para prevenir el CC; el modo en el cual se realizan; significados de la nomenclatura de sus resultados y la recomendación sobre los algoritmos de seguimiento, diagnóstico y tratamiento de las mujeres VPH+.

CAJA OPERATIVA 5.3: PAUTAS A TENER EN CUENTA AL MOMENTO DE DISEÑAR UN DISPOSITIVO DE CONSEJERÍA

- Técnicas disponibles para tratar las lesiones; instrumental y procedimientos para su realización; e intervalos de consultas ginecológicas luego de la intervención quirúrgica.
 - Buenas pautas de comunicación sobre el CC y el test de VPH.
- › Desarrollar un guion de preguntas y respuestas para facilitar el diálogo con la mujer.
- › Diseñar materiales específicos para el soporte de la consejería [rotafolios, videos, aplicaciones digitales, etc.].
- › Definir el espacio en el cual será llevada adelante [consultorio, casa de la mujer, etc.].
- › Elaborar una estrategia de evaluación de la consejería.

Figura 5.2 Materiales gráficos diseñados por el PNPC para apoyar la consejería en el contexto de tamizaje basado en el test de VPH



CARTILLA DE CONSEJERÍA

Contiene una propuesta conceptual y operativa para llevar adelante una consejería para la prevención del CC.



ROTAFOLIO

Es una propuesta didáctica para entablar el diálogo con la mujer. Se presenta la información con una imagen del tema a abordar (frente) y una descripción e ideas fuerza para el apoyo de la tarea del orientador (dorso).

Pueden descargarse estos materiales desde: www.salud.gov.ar/inc

5.6 REFERENCIAS

1. Paolino M. Accesibilidad a la atención de la salud de las mujeres: los abandonos en el proceso de atención de las mujeres con diagnóstico de Papanicolaou anormal en Florencio Varela, provincia de Buenos Aires, en el período 2009-2011. [Tesis de doctorado]. Buenos Aires: UBA; 2015.
2. Zamberlin N, Thouyaret L, Arrossi S. Lo que piensan las mujeres: conocimientos y percepciones sobre el cáncer de cuello de útero y realización del Pap. Buenos Aires: OPS/OMS; 2011.
3. Instituto Nacional del Cáncer. Imágenes sociales del cáncer: estudio nacional para orientar la comunicación social. Buenos Aires: INC-MSAL; 2013.
4. Thouyaret L. Aspectos a considerar en la comunicación con las mujeres sobre el HPV [disertación]. San Salvador de Jujuy: III Seminario Internacional “Nuevas tecnologías para la prevención del cáncer cérvico-uterino”; 2011. [citado 23 ago 2016]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/cancer-cervico-uterino/images/stories/4-seminarios/pdf/Seminario2011/dia2/2014-04_6_thouyaret_aspectos-considerar-comunicacion-mujeres-hpv.pdf
5. Cuberli M. La estrategia de comunicación en la implementación del test de VPH [disertación]. Buenos Aires: VI Seminario Internacional “De la evidencia a la acción: cambiando el paradigma del cáncer cervicouterino”; 2014. [citado 23 ago 2016]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/cancer-cervico-uterino/images/stories/4-seminarios/pdf/Seminario2014/milca_cuberli_la_estrategia_com_en_vph.pdf
6. Thouyaret L. ¿Cosas de mujeres?: análisis de las representaciones de los varones del barrio INTA (CABA) sobre el cáncer cervicouterino, sus causas y formas de prevención. [Tesis de Maestría]. Buenos Aires: UNLA; 2015.

7. Petracci M, Cuberli M, Palopoli A. Comunicar salud: una propuesta teórica y práctica [ponencia]. Buenos Aires: CAESPO. Concurso en honor de la educadora Haydee de Luca “Determinantes de la Salud”; 2010. [citado 23 ago 2016]. Disponible en: <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/petracchi.pdf>
8. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino. Consejería para la prevención del cáncer cervicouterino. Propuestas para una mejor comunicación con las mujeres durante el tamizaje, seguimiento y tratamiento. Buenos Aires: MSAL; 2013.
9. León-Maldonado L, Allen-Leigh B, Lazcano-Ponce E. Consejería en la detección de VPH como prueba de tamizaje de cáncer cervical: un estudio cualitativo sobre necesidad de mujeres en Michoacán, México. *Salud Publica Mex.* 2014; 56(5): 519-527.
10. Arellano Gálvez MC, Castro Vásquez MC. El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y cáncer cervicouterino en Hermosillo, Sonora. *Estudios sociales.* 2013; 23(42):260-278.11.
11. McCaffery K, Forrest S, Waller J, Desai M, Szarewski A, Wardle J. Attitudes towards HPV testing: a qualitative study of beliefs among Indian, Pakistani, African-Caribbean and white British women in the UK. *Br J Cancer.* 2003; 88(1):42-46.
12. McCaffery K, Waller J, Nazroo J, Wardle J. Social and psychological impact of HPV testing in cervical screening: a qualitative study. *Sex Transm Infect.* 2006; 82(2):169-174.
13. Cuberli M, Thouyaret L, Arrossi S. Material para médicos 2016. Ahora existe el test de VPH para prevenir el cáncer cervicouterino. Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer; 2016.
14. Queiro Verdes T, Cerdá Mota T, España Fernández S. (Coords.) Información a usuarias sobre el cribado de cáncer en la mujer. Evaluación de la situación actual y establecimiento de estándares de información basada en la evidencia. 2. Información a usuarias sobre el cribado de cáncer de cérvix. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2010.

15. Paolino M, Sankaranarayanan R, Arrossi S. Determinantes sociales del abandono del diagnóstico y el tratamiento de mujeres con Papanicolaou anormal en Buenos Aires, Argentina. Rev Panam Salud Publica. 2013; 34(6):437-445.

16. Cuberli M. La consejería como una estrategia de comunicación [disertación]. San Javier: V Seminario Internacional “Programas de tamizaje basados en el test de VPH: herramientas para su efectiva implementación”; 2013. [citado 23 ago 2016]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/cancer-cervico-uterino/images/stories/4-seminarios/pdf/Seminario2013/dia1/mesa3/2014-04_milca-cuberli_consejerias.pdf



6

¿Cómo monitorear un programa de prevención de cáncer cervicouterino basado en el test de VPH?

MENSAJES CLAVE

- El monitoreo de los diversos componentes de un programa de prevención de CC es un punto clave para su buen funcionamiento.
- El monitoreo de las acciones llevadas a cabo por el programa debe abarcar todo el proceso de prevención: tamizaje, seguimiento, diagnóstico y tratamiento.
- El monitoreo permite identificar los puntos problemáticos y generar estrategias para superarlos.
- La definición de metas y la construcción de indicadores para medirlas es esencial para monitorear el desempeño de los componentes programáticos.
- El SITAM es una herramienta valiosa para el monitoreo de la estrategia de test de VPH.

El monitoreo es fundamental para los programas de prevención dado que permite determinar si el programa está cumpliendo con las metas y objetivos propuestos, así como identificar cuáles son los puntos problemáticos de sus componentes. Para poder monitorear las acciones programáticas es esencial que los programas establezcan metas, definan los indicadores para medirlas y cuenten con un sistema de información que les posibilite registrar, analizar y evaluar los datos. Esto permitirá corregir o mejorar los aspectos de los componentes programáticos que no estén teniendo un buen desempeño.

Si bien la práctica sistemática del monitoreo es un aspecto clave que atraviesa a cualquier programa de prevención de CC, la incorporación del test

de VPH conlleva nuevos desafíos ya que implica redefinir algunos de los indicadores clásicos y adecuar los sistemas de información para llevar el registro del tamizaje, seguimiento, diagnóstico y tratamiento de las mujeres.

Para que la estrategia de tamizaje con test de VPH sea efectiva, es importante que el monitoreo se realice desde el inicio para poder detectar rápidamente cuáles son las dificultades que van surgiendo durante su implementación.

6.1 EL USO DEL SITAM EN EL MARCO DEL MONITOREO

El SITAM es una herramienta clave para la gestión de los programas. Es de fácil manejo y no requiere conocimientos previos de computación.

El SITAM es un sistema de información online que permite el registro de estudios relacionados a la prevención del CC, el seguimiento y tratamiento oportuno de las mujeres que lo requieren y la obtención de información estadística de calidad para la gestión en todos los niveles de salud.¹ Fue diseñado por el PNPCC en el 2008 y readaptado para la incorporación del test de VPH en el 2011.²

El SITAM provee indicadores para el apropiado monitoreo y evaluación de los programas para la toma de decisiones sobre la gestión.¹

AMPLIACIÓN DEL USO DEL SITAM

En el 2012, en el marco de las acciones realizadas por el Instituto Nacional del Cáncer, el SITAM incorporó dos nuevos módulos:

- Módulo de Cáncer de Mama.
- Módulo de Cáncer Colorrectal.

En el 2016, el programa nacional SUMAR estableció la obligatoriedad del registro de datos de prestaciones y trazadoras en el SITAM. De este modo, el SITAM se convirtió en fuente de información única para validar las auditorías del programa SUMAR a nivel nacional y provincial.

CAJA OPERATIVA 6.1: POTENCIALIDADES DEL SITAM PARA EL MONITOREO

- No posee costo para los usuarios.
- Brinda información actualizada (por su modalidad online), comparable (basada en criterios comunes) y con distintos niveles de agregación geográfica (provincia, departamento, laboratorio, unidad de toma de muestra).
- Permite generar listados nominalizados de las mujeres tamizadas y de las mujeres que acceden a los servicios de diagnóstico y tratamiento para prevenir el CC.
- Simplifica la retroalimentación entre los distintos servicios, efectores y programas provinciales, permitiendo detectar dificultades e implementar mejoras.
- Posee un formato y perfiles adaptables a diferentes requerimientos del trabajo cotidiano de los actores clave involucrados con la prevención del CC [coordinadores nacionales y provinciales, centros de toma, laboratorios de anatomía patológica, unidades de tratamiento y navegadoras].

6.2 INDICADORES DE MONITOREO

Los indicadores de monitoreo permiten evaluar procesos.

En el contexto de los programas de prevención de CC, los indicadores de monitoreo muestran si los distintos componentes clave del programa están adecuadamente organizados para el logro de los objetivos y metas establecidas.³

En el cuadro 6.1 se presenta un conjunto de indicadores básicos para el monitoreo del cumplimiento de los objetivos programáticos: lograr altas coberturas de tamizaje en la población objetivo, tamizar con test de alta calidad y asegurar altas coberturas de seguimiento, diagnóstico y tratamiento. Asimismo, se incluye el valor de referencia que permitirá identificar aspectos problemáticos y algunas acciones sugeridas para el mejoramiento de las situaciones detectadas.

Estos indicadores fueron elaborados por el PNPCC en base a los indicadores propuestos por la Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP) para los programas basados en la citología.⁴ La fuente de datos para la construcción de los indicadores propuestos por el PNPCC es el SITAM.

Cuadro 6.1 Indicadores para el monitoreo de los programas de tamizaje y acciones sugeridas para el mejoramiento

OBJETIVO PROGRÁMATICO	ELEMENTOS DEL PROGRAMA	INDICADOR SELECCIONADO PARA LA MEDICIÓN	INDICADOR QUE DENOTA NECESIDAD DE MEJORAMIENTO	ACCIONES SUGERIDAS
LOGRAR ALTAS COBERTURAS DE TAMIZAJE EN LA POBLACIÓN OBJETIVO	Participación de la población objetivo.	<p>% de cobertura alcanzada: Total de mujeres nuevas tamizadas entre 30-64 años con cobertura pública de salud en el período seleccionado / Total de mujeres entre 30-64 años con cobertura pública de salud en el mismo período *100.¹</p> <p>% de realización de tamizaje en mujeres de 30+ años: Total de mujeres de 30+ años tamizadas con test de VPH en el período seleccionado / Total de mujeres tamizadas con test de VPH en el mismo período *100.</p>	<p>< 60%</p> <p><95%</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar barreras para el acceso al tamizaje. - Establecer nuevas estrategias de búsqueda activa según los recursos disponibles: campañas masivas, invitación a través de AS, jornadas culturales para la promoción del tamizaje, etc. <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar a los tomadores de muestra y AS/promotores de salud acerca de la importancia de realizar el test de VPH sólo a las mujeres de 30+ años. Para ello pueden realizarse talleres de sensibilización, difusión de la edad recomendada a través de circulares, materiales específicos de capacitación, etc. - Limitar sólo la lectura de las muestras de las mujeres de 30+ años en el laboratorio de VPH de referencia.

¹ Este dato puede ser obtenido del Censo Nacional de Población, listados nominalizados de mujeres con los que cuente la provincia y/u otra fuente disponible.

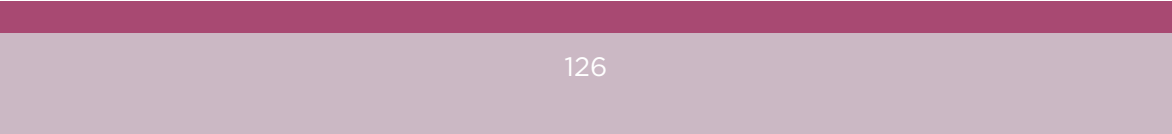
OBJETIVO PROGRAMÁTICO	ELEMENTOS DEL PROGRAMA	INDICADOR SELECCIONADO PARA LA MEDICIÓN	INDICADOR QUE DENOTA NECESIDAD DE MEJORAMIENTO	ACCIONES SUGERIDAS
ASEGURAR ALTAS COBERTURAS DE SEGUIMIENTO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	Seguimiento de mujeres VPH+ con Pap normal	% de mujeres VPH+ y Pap normal con seguimiento a los 18 meses: Total de mujeres VPH+ con Pap normal en el período seleccionado con un segundo test de VPH a los 18 meses / Total de mujeres VPH+ con Pap normal en el mismo período *100.	<60-80%	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar la modalidad de entrega de resultados e información brindada a las mujeres. - Mejorar la comunicación con las mujeres en el momento de devolución de resultados. - Envío de información a los centros de toma y APS para que se realice la búsqueda activa de esa población específica (ej. listados de mujeres sin seguimiento registrado en SITAM).
	Acceso al diagnóstico	% de mujeres con test de VPH+ y Pap anormal con colposcopia: Total de mujeres con test de VPH+ y Pap anormal en el período seleccionado con colposcopia luego de los 6-12 meses del resultado / Total de mujeres con test de VPH+ y Pap anormal en el mismo período *100. % de mujeres con colposcopia anormal biopsiable con diagnóstico histológico: Total de mujeres con colposcopia anormal biopsiable en el período seleccionado con biopsia realizada luego de 6 meses / Total de mujeres con colposcopia anormal biopsiable en el mismo período *100.	<60-80% <80%	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar barreras posibles de acceso al diagnóstico y tratamiento. - Evaluar el funcionamiento de red de referencia y contrarreferencia. - Evaluar la actividad de la navegadora y/o incorporar navegadoras en caso que no exista el recurso.

OBJETIVO PROGRAMÁTICO	ELEMENTOS DEL PROGRAMA	INDICADOR SELECCIONADO PARA LA MEDICIÓN	INDICADOR QUE DENOTA NECESIDAD DE MEJORAMIENTO	ACCIONES SUGERIDAS
ASEGURAR ALTAS COBERTURAS DE SEGUIMIENTO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	Tratamiento de LAGs	<p>% de mujeres CIN2+ con tratamiento registrado a los 6 meses del diagnóstico: Total de mujeres con CIN2+ en el período seleccionado con tratamiento registrado a los 6 meses del diagnóstico / Total de mujeres con diagnóstico CIN2+ en el mismo período *100.</p>	<90-100%	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el funcionamiento de red de referencia y contrarreferencia. - Evaluar la actividad de la navegadora y/o incorporar navegadoras en caso que no exista el recurso. - Identificar barreras posibles de acceso al diagnóstico y tratamiento.
	Detección de LAGs	<p>Tasa de detección de CIN2+: Total de mujeres con CIN2+ histológicamente confirmado en el período seleccionado / Total de mujeres nuevas tamizadas en el mismo período *100.º</p>	<1%	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar controles de calidad (interno/externo). - Evaluar calidad del diagnóstico a través de un análisis de correlación cito-colpo-histológico. - Evaluar las pérdidas en el proceso de triage, diagnóstico y tratamiento que puedan estar afectando la tasa de detección observada.

º Se sugiere que este indicador se construya por separado según modalidad de toma del test de VPH [TD y AT].

6.3 REFERENCIAS

1. WHO. Cervical cancer screening information system: Argentina. En: WHO Compendium of innovative health technologies for low-resource settings, 2011-2014. Assistive devices, eHealth solutions, Medial devices, Other technologies, Technologies for outbreaks. Geneva: WHO; 2014. p.84.
2. Arrossi S, Thouyaret L, Laudi R, Marín O, Ramírez J, Paolino M, et al. Implementation of HPV-testing for cervical cancer screening in programmatic contexts: the Jujuy demonstration project in Argentina. *Int J Cancer*. 2015; 137(7):1709-1718.
3. Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). Planning and implementing cervical cancer prevention and control programs: a manual for managers. Seattle: ACCP; 2004.





ANEXO OPERATIVO



ANEXO 1. MODELO DE CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A REALIZAR PREVIAMENTE Y DURANTE LA IMPLEMENTACIÓN DEL TEST DE VPH

En este anexo encontrará un modelo de cronograma de las actividades a realizar para implementar el test de VPH y para monitorear la estrategia de tamizaje.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PREPARACIÓN de la implementación del TEST DE VPH como tamizaje primario. AÑO -----

Actividad	Obs.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ACUERDOS MARCO CON AUTORIDADES PROVINCIALES													
Reunión con las máximas autoridades para establecer acuerdos y presentar la propuesta.													
Elaboración de resolución provincial.													
Mesa de gestión con equipos de salud para el establecimiento de acuerdos generales.													
REORGANIZACIÓN DE LA RED DE CITOLOGÍA DE LA PROVINCIA													
Reacondicionamiento del laboratorio de citología del hospital de referencia.													
Centralización de las muestras de tamizaje, triage y biopsias de las mujeres de 30+ años.													

Actividad	Obs.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
INSTALACIÓN DEL LABORATORIO DE VPH EN EL HOSPITAL DE REFERENCIA													
Montaje del laboratorio de VPH (creación y acondicionamiento del espacio físico, instalación de equipos).													
Designación y contratación del personal a cargo del laboratorio (jefe de laboratorio de VPH, técnicos, personal para carga en el SITAM).													
Inauguración del laboratorio VPH.													
DISEÑO DE LA RED DE REFERENCIA-CONTRARREFERENCIA Y SISTEMA DE TRANSPORTE DE MUESTRAS													
Definición de efectores (unidades de muestra) y personal a cargo de la toma.													
Definición de unidades de colposcopia-biopsia, efectores de referencia para el seguimiento y tratamiento.													
Definición del sistema de transporte de muestras y entrega de resultados.													
Elaboración de documento de la red de referencia-contrarreferencia para la prevención de CC.													
PRESENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA PROVINCIAL													
Jornada provincial de presentación de la estrategia de test de VPH como tamizaje primario.													

Actividad	Obs.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL MONITOREO Y EVALUACIÓN													
Articulación del sistema de información provincial y SITAM.													
Designación y contratación de personal administrativo para la carga en SITAM en el laboratorio de VPH.													
Capacitación a usuarios del SITAM para carga de tests de VPH, diagnósticos y tratamientos.													
MATERIALES EDUCATIVOS Y DIFUSIÓN													
Elaboración e impresión de materiales específicos para la implementación del test de VPH como tamizaje primario.													
Difusión en los medios de comunicación.													
FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS													
Capacitación a AS y equipos de APS.													
Capacitación a tomadores de muestra.													
Taller de actualización en colposcopia.													
Capacitación a servicios de patología cervical.													
Capacitación a servicios de citología y anatomía patológica.													
Capacitación del personal del laboratorio.													

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

1º AÑO de implementación del TEST VPH como tamizaje primario.

AÑO -----

Actividad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ESTABLECIMIENTO DE ACUERDOS GENERALES / VIABILIDAD												
Reunión con las máximas autoridades para establecer acuerdos.												
Encuentro de capacitación con equipos de salud involucrados (autoridades de salud; personal de laboratorios de VPH, citología y anatomía patológica; ginecólogos; patólogos; navegadoras): presentación general de la estrategia y análisis de indicadores de programas de tamizaje basados en el test de VPH.												
COBERTURA												
Capacitación a AS y equipos de APS en introducción al test de VPH y AT.												
LABORATORIO												
Capacitación específica de los equipos del laboratorio de VPH y citología (unificación de nomenclaturas, uso del SITAM, monitoreo del laboratorio de VPH, gestión, etc.).												
SEGUIMIENTO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO												
Capacitación específica a equipos de patología cervical en efectores seleccionados.												

Actividad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Jornada de evaluación de desempeño de las unidades de colposcopia y tratamiento (dirigido a directores y jefes de servicios de hospitales de referencia).												
Taller de actualización en colposcopia.												
SISTEMA DE INFORMACION												
Descentralización del uso del SITAM para la carga y/o impresión de informes (firma digital del responsable del laboratorio de VPH).												
Capacitación a nuevos usuarios del SITAM.												
MATERIALES EDUCATIVOS Y DIFUSIÓN												
Elaboración, impresión y distribución de materiales de comunicación.												
Difusión en los medios de comunicación.												

ANEXO 2. GUÍA PARA ORIENTAR LA LOGÍSTICA DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL TEST DE VPH

En este anexo encontrará una guía de preguntas y respuestas elaborada por el PNPC para orientar la logística de la implementación del test de VPH en el ámbito provincial.

Actividad	Obs.	Responsable	Plazos
ENTREGA DE COLECTORES Y REACTIVOS			
¿Dónde dejará el transportista/proveedor los tubos colectores y reactivos?			
¿Quién los recibirá y controlará?			
¿Quién registrará los insumos en la planilla de seguimientos de insumos en el laboratorio?			
¿Dónde se depositarán los tubos colectores y los Paps (triage)?			
DISTRIBUCIÓN			
¿Quién será el encargado de la distribución de los tubos colectores, marcadores indelebles por efector y los insumos para los Paps (triage)?			
¿Cómo se hará la distribución de los tubos colectores, marcadores indelebles por efector y los insumos para los Paps (triage)?			
¿Cuántos tubos colectores se distribuirán por zona sanitaria?			
¿Quién será el responsable de la recepción de los tubos colectores por zona sanitaria?			
¿Dónde se depositarán los tubos colectores por zona sanitaria?			
¿Quién registrará esta distribución en la planilla de seguimiento de insumos por zona sanitaria?			
TRASLADO			
¿Cómo organizará el laboratorio la recepción de las muestras de test VPH y Pap (triage)?			
¿Se establecerán días y horarios específicos por zona sanitaria?			

Actividad	Obs.	Responsable	Plazos
¿Quién será el encargado de la recepción de las muestras de test de VPH y Pap (triage)?			
¿Cómo y quién trasladará las muestras realizadas?			
¿En qué tiempos se enviarán las muestras del test de VPH para su procesamiento (vencimiento de los tubos colectores)?			
¿Qué conducta se tomará en el laboratorio de VPH con tubos colectores que fueron enviados sin respetar los requisitos para su procesamiento (vencidos, sin líquido conservador, rotos, fuera del intervalo sugerido por el protocolo, etc.)?			
¿Qué conducta se tomará en el laboratorio si el Pap llegó roto o es insatisfactorio?			
ENTREGA DE RESULTADOS			
¿Quién imprimirá los resultados?			
¿Cómo se distribuirán los resultados a los efectores de toma de muestra?			
¿Quién entregará los resultados a las mujeres?			
DERIVACIÓN PARA SEGUIMIENTO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO			
¿Quién se comunicará con las mujeres para la derivación a seguimiento (test VPH+ y Pap anormal)?			
¿Dónde se derivarán las mujeres para realizar colposcopia, biopsia y/o tratamiento?			
¿Cómo se garantizará el acceso al seguimiento, diagnóstico y tratamiento (gestión de turno y traslado en caso de requerirlo)?			
CENTROS DE TOMA DE MUESTRAS, SEGUIMIENTO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO			
¿Cuáles hospitales del tercer nivel realizarán tamizaje?			
¿Hay otros efectores que se integrarán a la estrategia de tamizaje (CICS)?			

Actividad	Obs.	Responsable	Plazos
COMUNICACIÓN			
¿Qué debería contener el documento de trabajo para la implementación del test de VPH (red de referencia-contrarreferencia; meta de cobertura; circuito de distribución de tubos colectores; búsqueda activa; envío de muestras realizadas para su análisis; entrega de resultados; circuito de derivación para seguimiento, diagnóstico y tratamiento; uso de planilla de seguimiento de insumos; uso del SITAM)?			
¿Cómo se difundirá el documento?			
¿Se firmarán actas compromiso en cada zona sanitaria para llevar adelante el documento?			
¿Quién redactará las actas compromiso?			
¿Quién firmará las actas compromiso?			
¿Habrá un cronograma para las firmas de todas las actas compromiso?			
DIFUSIÓN			
¿Cuál será la estrategia de difusión provincial para la implementación del test de VPH como tamizaje primario?			
¿Cómo se distribuirán los materiales de comunicación?			
CAPACITACIÓN			
¿Será necesario realizar un taller de sensibilización a directores de zonas sanitarias?			
¿Cómo será la capacitación de los AS para la promoción del test de VPH?			
¿Será necesario sensibilizar y capacitar a todos los tomadores sobre el protocolo de intervención? (búsqueda activa; metas de cobertura; doble toma; tiempo de envío de muestra para su análisis; entrega de resultados; recomendaciones para el seguimiento, diagnóstico y tratamiento; circuito de derivación para seguimiento y tratamiento; uso del SITAM).			

ANEXO 3. ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA ACTIVA DE MUJERES PARA EL TAMIZAJE

En este anexo encontrará ejemplos de diferentes estrategias de búsqueda activa que pueden implementar los programas. La existencia de un sistema de búsqueda activa de las mujeres es un punto clave para los programas de prevención de CC para alcanzar altas coberturas de tamizaje.¹

A.3.1 Ejemplos de estrategias de búsqueda activa

› INVITACIÓN A LAS MUJERES QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS DE SALUD

Las mujeres suelen acudir a los centros de salud a realizar consultas médicas y/o acompañar a familiares. Por lo tanto, el contacto de las mujeres en la entrada de los centros de salud y en las salas de espera puede ser una estrategia a implementar por los programas para invitar a las mujeres a realizarse el tamizaje y/o promover un mensaje preventivo del CC.

› CAMIÓN SANITARIO

Permiten acercar el centro de salud a las mujeres, en el ámbito de su propia comunidad. Son de vital importancia para los programas para aumentar la cobertura del tamizaje y el diagnóstico en aquellas áreas de difícil acceso geográfico y/u organizativo de los centros de salud.

› VISITA PUERTA-A-PUERTA A LAS MUJERES

Permiten el contacto entre los servicios de salud y las mujeres, además de brindar un mensaje educativo que tenga en cuenta situaciones sociales y culturales específicas.¹ Este tipo de búsqueda activa puede ser realizada por el equipo de salud a través de listados nominalizados de mujeres que no tengan registrado un test de VPH en los últimos 5 años y/o que deban iniciar el tamizaje con el test [mujeres a partir de los 30 años]. Si el equipo de salud dispone de un censo local, éste puede ser un facilitador para construir estos listados.

› DIFUSIÓN EN LOS MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACIÓN

Los medios masivos de comunicación pueden ser una opción comunicativa atractiva para la promoción del tamizaje, ya que posibilitan llegar a un número importante de mujeres (incluso a aquellas que viven en áreas remotas).

› JORNADAS COMUNITARIAS DE PREVENCIÓN

Las actividades realizadas en el ámbito comunitario constituyen una oportunidad para aumentar la cobertura de los programas. Algunas de esas actividades pueden ser el día de mercado, festivales locales, obras de teatro, ciclos de cine, etc. Es muy importante conocer el espacio donde se desarrollará para poder identificar los espacios de circulación, concentración y reunión de las mujeres.^{2,3} Este dato será útil para seleccionar los productos comunicacionales más adecuados para realizar la convocatoria y la visibilización de la jornada en el espacio comunitario [ver figura A.1].

A.3.2 Algunas pautas a considerar al planificar la búsqueda activa

› ¿A quiénes buscar? [Mujeres de 30+ años que no se testearon y/o deben repetir el test de VPH; mujeres que se tamizaron pero no conocen sus resultados; mujeres sin Pap (triage)].

› ¿Quiénes realizarán la tarea de búsqueda activa?

› ¿Qué mensajes brindará el personal de salud que realice la búsqueda activa a las mujeres?

› ¿Qué materiales de comunicación se les entregará a las mujeres y/o se utilizará para promover/invitar a realizar el tamizaje?

› ¿Cómo será el registro de las mujeres contactadas por el personal de salud que lleve adelante la búsqueda activa?

› ¿Cómo se evaluará la estrategia implementada?

› ¿Qué tener en cuenta al momento de planificar una jornada comunitaria de prevención de CC?

- Elegir un nombre para la actividad que sea fácil de identificar para las mujeres.

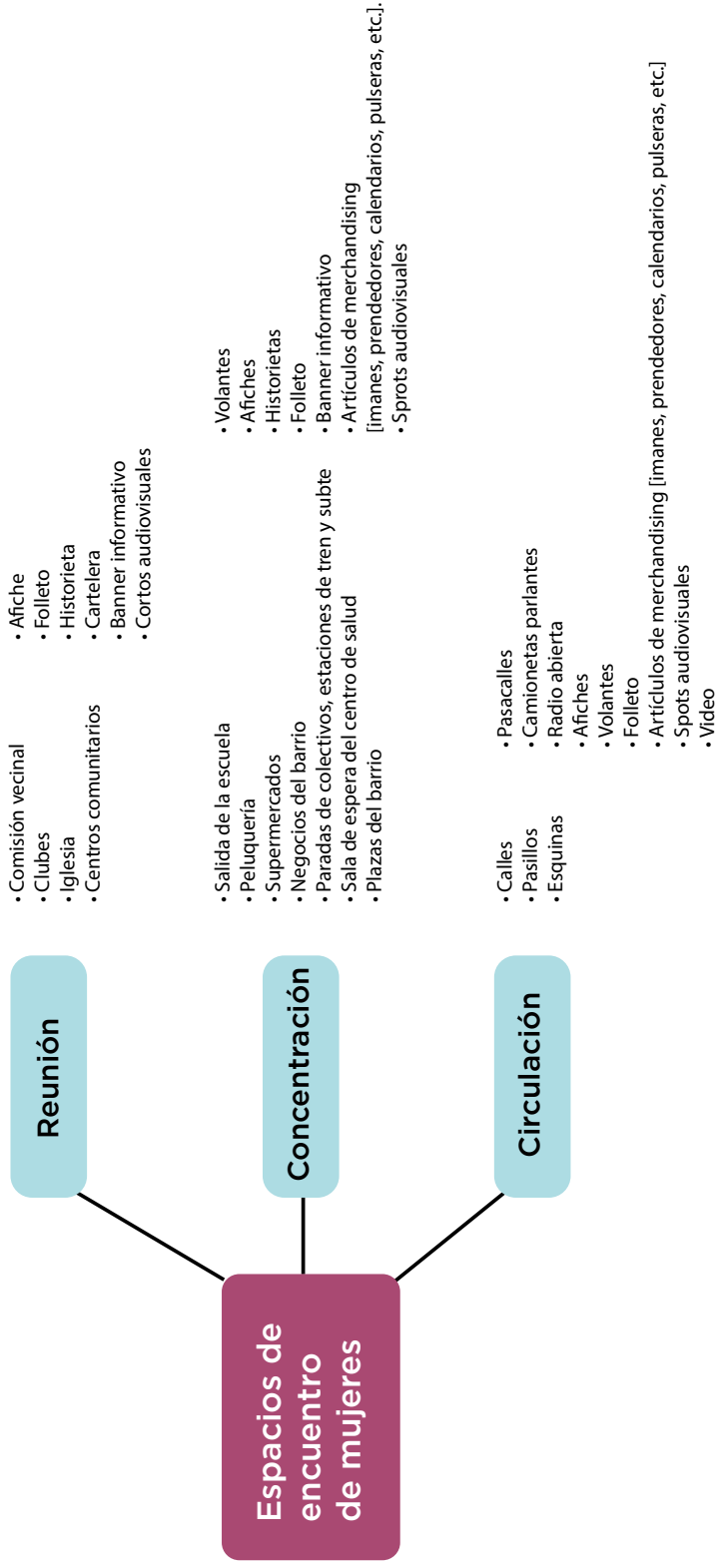
- Seleccionar un lugar físico de la ciudad/pueblo para la actividad que sea reconocido y de fácil acceso para las mujeres.

- Garantizar que los espacios asignados a las tomas de las muestras brinden privacidad a la mujer.
- Establecer quiénes realizarán la convocatoria, quiénes recibirán y brindarán información a las mujeres durante la jornada y cómo será la logística del traslado de las muestras al laboratorio.
- Contar con un espacio de consulta del SITAM para evitar el sobretamizaje de las mujeres que ya se testearon pero no conocen sus resultados. Este espacio será una oportunidad para realizar tareas de devolución de resultados, tomas de pruebas de triage y la orientación de mujeres VPH+ con Pap normal/anormal.
- Utilizar ropa y/o accesorios que posibiliten identificar al equipo de salud durante la jornada [guardapolvos, prendedores, remeras, bolsas, etc.]. Esto es muy importante cuando se espera una convocatoria masiva y/o cuando se convoca puerta-a-puerta.

REFERENCIAS

1. Arrossi S, Paolino M. Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino en Argentina. Informe final: diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales. Buenos Aires: OPS; 2008.
2. Ministerio de Salud de la Nación. Serie 1. Comunicación y Salud desde una perspectiva de derechos. Guía de comunicación para equipos de salud. (Segunda Edición). Buenos Aires: MSAL; 2015.
3. Programa de Desarrollo de Recursos de Comunicación del Centro Nueva Tierra (DRC). Barrio Galaxia. Manual de comunicación comunitaria. Buenos Aires: DRC; 2002.

Figura A.1 Espacios de encuentros de mujeres



ANEXO 4. GUÍA ELABORADA POR EL PNPCC PARA EVALUAR Y ANALIZAR EL SEGUIMIENTO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS MUJERES VPH+ Y PAP ANORMAL

En este anexo encontrará una guía elaborada por el PNPCC para facilitar el monitoreo de la estrategia de seguimiento, diagnóstico y tratamiento. Es de gran ayuda también para evaluar la estrategia navegadoras.

A.4.1 ¿Qué se evalúa y analiza del seguimiento, diagnóstico y tratamiento de las mujeres detectadas por el test de VPH?

Para conocer la situación del seguimiento, diagnóstico y tratamiento de las mujeres de 30+ años VPH+ y con PAP ASCUS+, se proponen dos abordajes programáticos diferentes:

- Evaluación de la situación del seguimiento, diagnóstico y tratamiento de las mujeres detectadas por la estrategia de tamizaje, orientada a la gestión local: a cargo del referente y/o gestor provincial.
- Análisis detallado del caso por caso para garantizar el acceso de las mujeres a todas las etapas del proceso de atención correspondiente: a cargo de la navegadora provincial.

Para ambos abordajes, se utiliza como fuente de datos el listado nominalizado de “Mujeres con test de VPH”, ubicado en la consulta de Informes de monitoreo del SITAM.

A.4.2 ¿Cómo analizo el listado nominalizado de mujeres? ¿Cuáles son los criterios para la construcción de la base de datos y su posterior análisis (codificación y elaboración de tablas)?

- Seleccione la consulta “Mujeres con Test de VPH”, ubicada en Informes de Monitoreo del SITAM. Seleccione las positivas y por fecha de toma.
- Exporto el listado seleccionado y lo grabo en un archivo excel. Guardo la base original (base original) y copio otro archivo sobre el que trabajar (base trabajada).

- Selecciono mediante los filtros, aquellas mujeres con Pap anormal y modalidad de TD y/o AT según el análisis que se requiera.
- Excluyo a aquellas mujeres con Pap normal y Pap no evaluable/insatisfactorio, ya que éstas conformarán un listado a analizar por separado.
- Se sugiere realizar el análisis de la base de datos al menos trimestralmente.

A.4.3 ¿Cómo construyo los indicadores a partir de la base de datos elaborada?

A.4.3.1 Indicadores para evaluar la situación del seguimiento, diagnóstico y tratamiento orientados a la gestión local

- Codificación de Variables

CODIFICACIÓN	COLPOSCOPÍAS REALIZADAS	BIOPSIAS REALIZADAS SEGÚN REQUIERA ^a	BIOPSIAS CIN2+	TRATAMIENTOS REALIZADOS SEGÚN REQUIERA ^b
0	No tiene	No tiene y debería (por algoritmo requiere una biopsia diagnóstica)	No (tiene CIN2+)	No tiene y debería tenerlo (son las 1 de la columna 3)
1	Colposcopia anormal biopsiable	Tiene biopsia realizada (con o sin resultado).	Si (tiene CIN2+)	Tiene
2	Colposcopia normal/ anormal no biopsiable	Sin colposcopia (no se sabe si requiere biopsia o no)	Pendiente de resultado (se desconoce el diagnóstico)	No requiere (colposcopia normal o la biopsia no es CIN2+ ni cáncer) (son las 2 de la columna 1)

^a Sobre las 1, 3, 4 de la columna colposcopias realizadas.

^b Sobre las CIN2+, HSIL y otro.

CODIFICACIÓN	COLPOSCOPÍAS REALIZADAS	BIOPSIAS REALIZADAS SEGÚN REQUIERA ^a	BIOPSIAS CIN2+	TRATAMIENTOS REALIZADOS SEGÚN REQUIERA ^b
3	Con biopsia sin colposcopia (es decir, biopsia de origen colposcópico, cuya colposcopia fue realizada pero no fue cargada)	No requiere por ser colposcopia no biopsiable (son las 2 de la columna 1)	NC (no corresponde biopsia por ser colposcopia no biopsiable)	Falta información (respecto al tratamiento, hay información escrita de que existe algún tratamiento pero la información navegadora no permite concluir el caso)
4	Colposcopia normal/anormal no biopsiable con biopsia		Sin colposcopia (no se sabe si requiere biopsia o no)	Sin colposcopia, sin biopsia, no evaluable/insatisfactoria (por lo que no sabemos si requiere o no tratamiento).

Con la codificación descrita, se propone confeccionar las siguientes tablas para evaluar el seguimiento, diagnóstico y tratamiento de la estrategia de tamizaje por test de VPH.

- Tablas para la Gestión:

Tabla N° 1:

MUJERES CON TEST DE VPH+ Y PAP ANORMAL	COLPOSCOPÍAS REALIZADAS ^c (%)

^c Considerar códigos (1+2+3+4) de la columna colposcopias realizadas.

Tabla N° 2:

MUJERES CON COLPOSCOPIA QUE REQUIEREN BIOPSIA ^d	N° DE BIOPSIAS REALIZADAS DE LAS QUE REQUIEREN ^e

Tabla N° 3:

N° DE BIOPSIAS REALIZADAS CIN2+ ^f	MUJERES TRATADAS ^g

A.4.4 Análisis del caso por caso para garantizar el acceso al seguimiento, diagnóstico y tratamiento de las mujeres VPH+ a cargo de la navegadora provincial

Además de la codificación y elaboración de tablas para evaluar el estado de situación del seguimiento, diagnóstico y tratamiento de la estrategia a nivel provincial, es importante saber la “**situación del caso individual**” de cada una de las mujeres de 30+ años detectadas con test de VPH+ y Pap anormal.

Es necesario saber quiénes son las mujeres que se encuentran pendientes de ser diagnosticadas y/o tratadas y cuáles se encuentran concluidas. Esta información posibilita conocer la situación y el proceso de resolución de los casos de riesgo de la provincia.

Con el objetivo de facilitar este análisis se propone la elaboración de tablas denominadas “Semáforos de Situación” que permiten organizar en grandes categorías la información obtenida.

^d Considerar los códigos (1+3+4) de la columna colposcopías realizadas.

^e Considerar los códigos (1) de la columna biopsias realizadas.

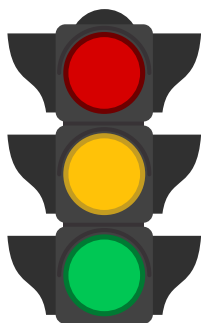
^f Considerar que debo filtrar en la columna biopsias realizadas, aquellas con resultados CIN2+, ya que los otros resultados no son de riesgo para CC. Son las 1 de la columna 3

^g Considerar solo el código (1) de la columna tratamientos.

A continuación se definen los objetivos de cada Semáforo de Situación y la información que permite visibilizar cada uno.

• Semáforo 1

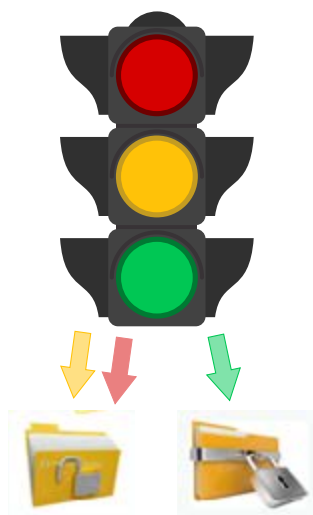
Permite clasificar en qué etapa del proceso de atención se encuentran las mujeres basándose en el algoritmo; es decir, en cuál de los 4 pasos del proceso de tamizaje están: tamizaje propiamente dicho, diagnóstico, seguimiento y tratamiento.



CATEGORÍAS	DEFINICIÓN	CÓDIGO
Solo tamizaje	Solo tiene realizado el test de VPH (AT) o TD	1
En seguimiento	Falta al menos un paso de los 4 del proceso de prevención (tamizaje, diagnóstico, seguimiento y tratamiento).	2
Concluido	Tiene los pasos necesarios cumplidos según algoritmo.	3

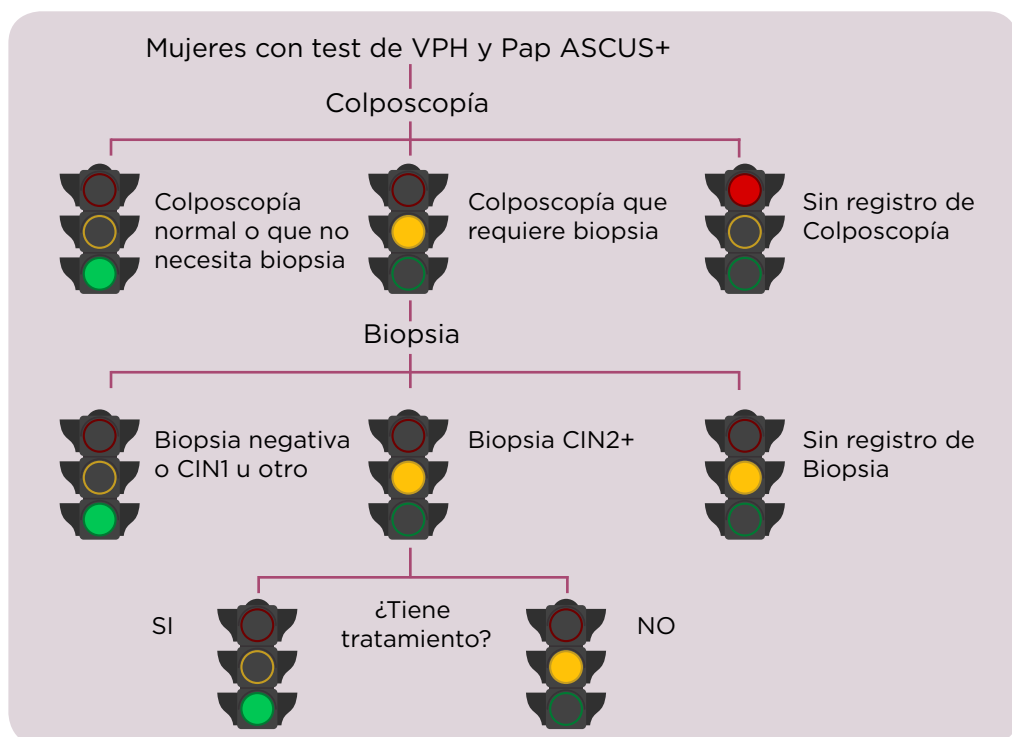
• Semáforo 2

Clasificación final que permite identificar cuántos casos siguen pendientes de ser resueltos por el programa provincial (abiertos) y cuáles no (cerrados). Este semáforo contempla el límite programático; es decir, hasta cuándo o hasta dónde es responsabilidad del gestor provincial la situación del seguimiento.



CATEGORÍAS	DEFINICIÓN	CÓDIGO
Abierto	Son los casos en sólo tamizaje y seguimiento del Semáforo 1	1
Concluido	Casos concluidos del Semáforo 1 + los que se van al privado, las que se mudan de provincia, las que no quieren tratarse, las que fallecen, etc.	2

• Semáforo para el seguimiento de mujeres VPH+



A.4.5 Síntesis de la metodología de trabajo propuesta: indicadores para la gestión

- Construcción de la base de datos y su codificación.
- Elaboración de las tablas de indicadores.
- Descripción de los resultados.
- Identificación de los nudos críticos.
- Hipótesis sobre las causas de los mismos.
- Propuestas de acciones para su resolución.

NOTA PARA GESTOR Y NAVEGADORA:

Para una adecuada evaluación de la estrategia y análisis del caso por caso, es necesario tener datos de calidad registrados por los servicios de ginecología así como también por los servicios de anatomía patológica. **En caso de que esto no ocurra, la información brindada y escrita por la navegadora es información que será considerada como concluyente.**

Por lo tanto, luego de la indagación del caso por caso de la navegadora, todo lo que registre en su módulo “Navegadora” debe ser **fidedigno, pertinente y relevante** para poder inferir en qué etapa del proceso de atención se encuentra según el algoritmo. En relación al campo observaciones, que es de texto libre, se sugiere completar con información que defina en dónde y cuándo se realizó el estudio y/o tratamiento y quien lo realizó.



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino

Av. Julio A. Roca 781 10º piso
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
(011) 5219-1088
pnpsc.msalud@gmail.com
www.salud.gob.ar/inc

INC responde:
0800 333 3586

