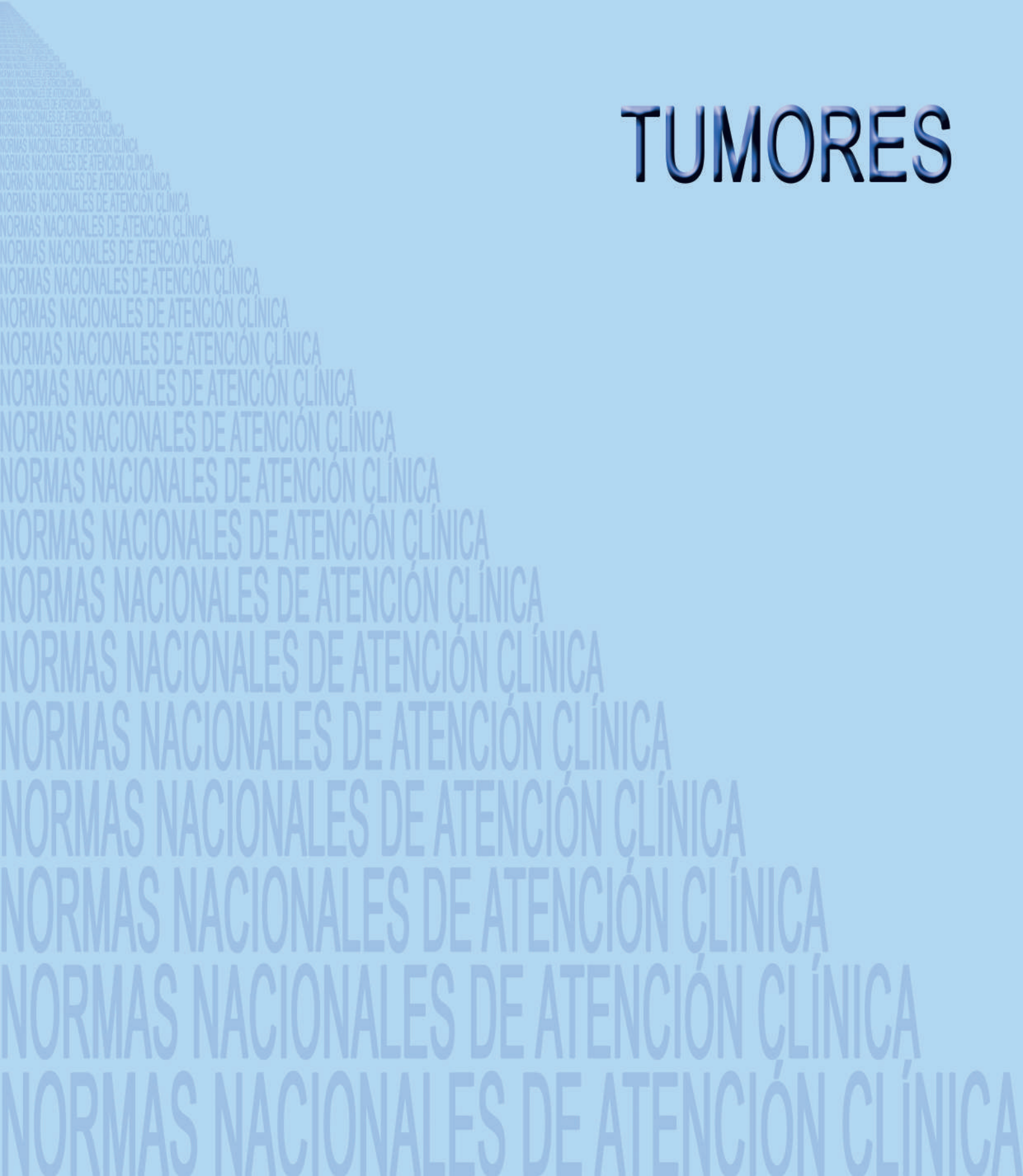


# UNIDAD 4

# TUMORES



# CONTENIDO

## I. ASPECTOS Y ACTIVIDADES DE APLICACIÓN FUNDAMENTAL

1. Prevención de estilos de vida no saludables ..... 00

## II. NORMAS DE ATENCIÓN CLÍNICA

1. Cáncer de cuello uterino ..... 00
2. Cáncer de mama ..... 00

## III. FICHAS TÉCNICAS

1. Toma de muestra para examen de citología cervical (Papanicolaou) ..... 00
2. Interpretación de los reportes de estudio citológico cérvix uterino ..... 00
3. Informe de inspección visual con ácido acético ..... 00
4. Clasificación estadios de cáncer de mama ..... 00
5. Técnica de autoexamen de mamas ..... 00

# I. ASPECTOS Y ACTIVIDADES DE APLICACIÓN FUNDAMENTAL

## 1. PREVENCIÓN DE ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLES

### ANTECEDENTES

La concepción biologicista del proceso salud-enfermedad —sintetizada en la creencia de que los servicios de salud, la tecnología médica, los medicamentos y los recursos humanos en salud altamente especializados, son la base fundamental del estado de salud de una población— ha sido la causante de los constantes fracasos del control de las enfermedades y de la irracional distribución de los muchos o escasos recursos del sector salud.

Los conocimientos científicos actuales sobre la determinación y la causalidad del proceso salud-enfermedad son contundentes al demostrar que las variables sociales poseen mayor importancia que las biológicas. Así, en 1974 se presenta el famoso informe de los **campos de salud** presentado por Marc Lalonde, Ministro de Salud y Bienestar Nacional del Canadá, donde se identifican cuatro determinantes de la salud de la población, que se señalan en el siguiente cuadro:

**CAMPOS DE SALUD DE LALONDE**

<b>CAMPO DE LA SALUD</b>	<b>INFLUENCIA EN LA SALUD (en porcentajes)</b>
Estilos de vida.	43%
Factores biológicos.	27%
Medio ambiente.	19%
Servicios de salud.	11%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

Basados en este tipo de evidencias es que la OMS/OPS recomiendan que las políticas de salud a nivel mundial deben dar énfasis a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Asimismo el actual modelo boliviano de Salud Familiar, Comunitaria Intercultural (SAFCI), prioriza las acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. De ahí que en estas Normas Nacionales de Atención Clínica (NNAC) se debe también dar énfasis a la prevención de la enfermedad en todas las actividades de atención que realice el equipo de salud, haciendo énfasis en confrontar los estilos de vida no saludables, que también se denominan factores de riesgo personales.

Se entiende por **estilo de vida** a la manera o forma como las personas satisfacen una necesidad. En cambio la **calidad** o **nivel de vida** se refiere a la capacidad de compra de un satisfactor que tienen los individuos. En muchos casos los estilos están supeditados a la calidad de vida pero igualmente en otros casos son independientes de ésta y más bien están condicionados por la educación o información que se posea. Por la importancia de la comprensión de estos dos conceptos se presenta el siguiente ejemplo: una persona tiene una necesidad, hambre, para satisfacerla puede recurrir a ingerir alimentos frescos, naturales y de temporada, o bien puede saciar su hambre consumiendo “comida chatarra”, también puede saciar su hambre adquiriendo “pan blanco” o bien “pan moreno”, ambos del mismo precio. En el primer caso puede o no estar ligada su decisión a su condición económica (calidad de vida); en el segundo caso se observa, más nítidamente, que su decisión alimentaria está ligada a un estilo alimentario condicionado por la información o conocimiento que tenga sobre alimentación saludable, al margen de su calidad o nivel de vida.

Por lo tanto, la educación sobre estilos de vida es determinante para que las personas tengan o no factores de riesgo que incrementen su probabilidad de enfermar o morir, por lo que el equipo de salud debe interactuar responsablemente con el usuario/usuario identificando sus estilos de vida no saludables o factores de riesgo individuales con el objeto de modificar conductas negativas para su salud.

En este sentido el equipo de salud debe concientizar y recomendar a los usuarios/ usuarias sobre las siguientes medidas preventivas relacionadas con el control de los estilos de vida no saludables más perniciosos.

## MEDIDAS PREVENTIVAS RELACIONADAS CON ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLES

Los siguientes estilos de vida no saludables, independientemente de la patología o problema, deben ser indefectiblemente tratados en forma rutinaria en cada entrevista o consulta con usuarios/ usuarias del Sistema Nacional de Salud:

- NO consumir tabaco y evitar consumo de alcohol.
- Realizar ejercicios físicos por lo menos 30 minutos al día, no utilizar medios de transporte para distancias cortas, evitar el uso de ascensores y en lo posible subir y bajar gradas a pie.
- Consumir alimentos frescos y naturales, y cotidianamente frutas y verduras de la temporada.
- Evitar el consumo de grasas de origen animal y comida chatarra.
- Acostumbrarse al consumo menor a seis gramos de sal al día. No utilizar salero. Los alimentos salados, como charque y otros, deben lavarse en abundante agua antes de la preparación para su consumo.
- Controlarse el peso mensualmente. Existen dos indicadores importantes que se debe enseñar a medir e interpretar a los usuarios/ usuarias:
  - El **Índice de Masa Corporal** (IMC), cuyo valor idealmente no debe sobrepasar en rango de 24,9. La fórmula para obtener el IMC es la siguiente:  **$IMC = \text{Peso (Kg.)} / \text{Estatura (m)}^2$** .
  - La **Circunferencia de Cintura** (CC), con la que se evalúa el riesgo de enfermar patologías relacionadas con la obesidad como IAM/AVC, HTA, etc.
- Para medir la circunferencia de cintura se localiza el punto superior de la cresta iliaca y alrededor del abdomen se coloca la cinta métrica y paralela al piso. Según el sexo de la persona los datos se interpretan de la siguiente manera:
  - En mujeres existe riesgo de padecer enfermedades asociadas a la obesidad a partir de los 82 cm, mientras que si sobrepasa los 88 cm el riesgo es muy elevado. En cambio, en hombres hay riesgo a partir de los 94 cm, mientras que éste se convierte en riesgo elevado a partir de los 102 cm.

## MEDIDAS PREVENTIVAS EN ADOLESCENTES

- Orientación al adolescente:
  - Reconocimiento y manejo de sus emociones y sentimientos.
  - Planteamiento de metas a corto y mediano plazo.
- Apoye al o la adolescente en:
  - Fortalecer sus habilidades sociales, afectivas y cognitivas.
  - Mejorar su autoestima y autovaloración.
  - Formación de grupos de pares.
  - Capacitar en temas de interés para ellas o ellos.
  - Uso adecuado y saludable del tiempo libre.
  - Consensuar y programar la visita de seguimiento.
- Pregunte si existe algún tema pendiente para aclaración de dudas o profundización de la información.
- Además de las anteriores medidas preventivas, en los adolescentes debe hacerse énfasis en los siguientes aspectos:
  - Trastornos de la alimentación como la anorexia y la bulimia.
  - Violencia intrafamiliar y escolar.
  - Violencia sexual.
  - Ejercicio responsable de la sexualidad.
  - Orientación para posponer inicio de relaciones sexuales.
  - Uso del condón para prevención de ITS, VIH y el embarazo.

## II. NORMAS DE ATENCIÓN CLÍNICA

1	CIE-10	D06
	NIVEL DE RESOLUCIÓN	I - II - III

# CÁNCER DE CUELLO UTERINO

### DEFINICIÓN

Es una neoplasia maligna que se origina en los tejidos del cuello uterino, generalmente de crecimiento lento y progresivo, que puede o no presentar síntomas; sin embargo, es posible la detección de lesiones precursoras mediante la inspección visual del cuello uterino con ácido acético, ya que la observación de zonas acetoblancas es más sensible que el examen de Papanicolaou para señalar la presencia de lesiones preneoplásicas que pueden identificarse y tratarse inmediatamente.

### ETIOLOGÍA Y DETECCIÓN

Alrededor del 99% de los casos del cáncer de cuello uterino tienen como agente etiológico al Virus del Papiloma Humano (VPH). La infección es persistente y asociada a otros factores de riesgo que predisponen el desarrollo de lesiones pre malignas. Existen 15 tipos de VPH considerados de alto riesgo (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82), siendo el 16 y 18 los más frecuentes; 13 tipos son clasificados como de bajo riesgo (6, 8, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 y CP6108).

La primera fase de la historia natural del cáncer del cuello uterino comienza con un lento proceso de alteración de la maduración normal del epitelio de la zona de transformación del cuello uterino. Esta fase es siempre asintomática y puede ser detectada mediante la Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) y así realizar el tratamiento inmediato (crioterapia), hecho que coloca a este procedimiento como primera opción para la detección y tratamiento del cáncer de cuello uterino, a diferencia de la prueba de Papanicolaou (PAP) que requiere confirmación colposcópica y biopsia de la lesión sospechosa, para recién planificar el tratamiento, exigiendo una buena organización del sistema de salud.

### FACTORES DE RIESGO

- Edad temprana de inicio de relaciones sexuales (inicio precoz de relaciones sexuales).
- Infección por virus del papiloma humano (alto riesgo).
- Múltiples parejas sexuales, femenina o masculina.
- Antecedentes de ITS (especialmente VPH).
- Nivel socioeconómico bajo.
- Tabaquismo.
- Malnutrición.
- Estado de inmunodepresión.
- Mujeres que nunca se hicieron controles PAP.
- Uso de anticonceptivos hormonales por más de cinco años asociado a multiparidad.

### DIAGNÓSTICO

#### CRITERIOS CLÍNICOS

- Las lesiones generalmente son asintomáticas (lesión intraepitelial).
- Presencia de hemorragia postcoital o sinusorragia (cáncer microinvasor).
- Presencia de patrones variables de hemorragia genital anormal.

#### CRITERIOS CITOPATOLÓGICOS

- Examen citología - prueba de Papanicolaou.
- Examen histopatológico - biopsia.

## PILARES DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

1. Tamizaje y tratamiento (técnica de “ver y tratar”):
  - a. Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA).
  - b. Crioterapia de las lesiones acetoblancas.
2. Tamizaje:
  - a. Test de Papanicolaou (espátula de Ayre o cepillo endocervical).
3. Confirmación diagnóstica:
  - a. Colposcopia.
- b. Biopsia dirigida.
- c. Cepillado endocervical.
- d. Biopsia en cono.
4. Tratamiento:
  - a. Considerar elementos para la elección.
  - b. Evaluación del tipo de lesión y su evolución.
  - c. El informe histopatológico define la conducta a seguir.

## TAMIZAJE Y TRATAMIENTO

### A. Inspección visual con ácido acético (IVAA)

La inspección visual con ácido acético es un procedimiento sencillo que nos permite, al igual que el Papanicolaou, detectar cambios o alteraciones en el cuello de la matriz de la mujer, lo que nos hace sospechar la presencia de cáncer de cuello uterino.

Consiste en un examen genital que se realiza en los establecimientos de salud en búsqueda de cambios en la coloración del cuello de la matriz (luego de insertar un espéculo en la vagina, se limpia el moco cervical, se identifica la unión escamocolumnar y se procede a aplicar, con una torunda, solución de ácido acético al 4% o 5%. Luego esperar 30 a 60 segundos y observar si se presentan cambios en la coloración):

- Si se presenta una zona blanquecina de bordes netos, quiere decir que la prueba es positiva.
- El tratamiento consiste en la criocauterización de la zona, reduciendo así el riesgo de desarrollo de cáncer de cuello uterino.
- La población objetivo es toda mujer entre 30 y 45 años.

El resultado de la aplicación de la inspección visual con ácido acético tiene las siguientes acciones consecuentes:

- NEGATIVO: citar a nuevo control luego de un año; si la segunda prueba es negativa, citar a la mujer cada tres años para su control.
- POSITIVO: debe realizarse crioterapia.
- SOSPECHA DE CÁNCER AVANZADO: debe remitirse a nivel II para diagnóstico y tratamiento pertinente.
- La política de salud actual impone la técnica de “VER Y TRATAR”. Esto implica la formación de recursos humanos y capacidad instalada en cabeceras de municipio y cabeceras de red, de forma que las lesiones acetoblancas puedan tratarse en las cabeceras de municipio o red “in situ”.
- El PAP es una estrategia de tamizaje vigente, sin embargo, sólo para la población de riesgo que no está en el grupo etario beneficiario de IVAA y crioterapia y para embarazadas.

### B. Crioterapia

La crioterapia es la “eliminación por congelación” de las zonas con lesiones preneoplásicas del cuello uterino. Este procedimiento relativamente sencillo lleva unos 15 minutos y puede realizarse en forma ambulatoria. Consiste en aplicar un disco metálico extremadamente frío (la criosonda) sobre el cuello uterino y congelar su superficie con dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) u óxido nitroso (N<sub>2</sub>O). La criosonda se aplica dos veces sobre el cuello del útero, tres minutos cada vez, con cinco minutos de descongelación entre cada aplicación (técnica de doble congelación). Es necesario disponer de un suministro continuo de dióxido de carbono u óxido nitroso. Como la región del cuello uterino que se congela tiene muy pocas terminaciones nerviosas, la criocirugía normalmente apenas se asocia con un malestar o dolor de tipo cólico ligero; por consiguiente, se puede practicar sin anestesia.



**Indicaciones:**

Se realiza inmediatamente después de la inspección visual con ácido acético en establecimientos de salud con unidad de crioterapia y personal capacitado en esta técnica:

- La prueba de detección (IVAA) dio un resultado positivo.
- La lesión es suficientemente pequeña para ser cubierta por la criosonda, sin sobrepasar en más de 2 mm el borde de la criosonda.
- La lesión y todos sus bordes son perfectamente visibles y no se extienden al interior del endocérnix ni a la pared vaginal.

**Contraindicaciones:**

- Indicios o sospecha de displasia glandular o de enfermedad invasora.
- La lesión sobrepasa en más de 2 mm el borde de la criosonda.
- Embarazo.
- Infección genital femenina (hasta su tratamiento).
- Menstruación abundante.

**Procedimiento:**

Se realiza con nitrógeno líquido, óxido nitroso o dióxido de carbono administrado con criosonda. Habitualmente no requiere anestesia. Se puede formar una escara al cabo de uno a tres días del tratamiento, con una subsiguiente ulceración que se resuelve en una o dos semanas. Advertir la presencia de flujo hasta cuatro semanas post crioterapia.

Este procedimiento se lo puede realizar en casos excepcionales con personal capacitado en nivel I, pero está recomendado en los niveles II y III.

La crioterapia es un método de tratamiento extremadamente eficaz de lesiones pequeñas, pero cuando las lesiones son mayores, la tasa de curación es inferior al 80%.

**TAMIZAJE****A. Prueba citológica (Papanicolaou)**

Técnica de tamizaje citológico que permite detectar a mujeres con sospecha de lesión pre-neoplásica de cuello uterino, mediante la recolección de células descamadas de la zona de transformación (escamo-columnar). Este procedimiento consiste en el raspado con espátula de Ayre y/o cepillo endocervical, fijación, tinción y observación con microscopio, tomando en cuenta las siguientes consideraciones:

- Debe aplicarse la técnica correctamente: recolección, fijación, identificación de la lámina, llenado de formulario y remisión, de manera que permita tomar la conducta adecuada que se detalla en el cuadro N° 1:

**CUADRO N° 1**

<b>REPORTE CITOPATOLÓGICO</b>	<b>CONDUCTA</b>
INAD = Frotis inadecuado o insuficiente para lectura.	Repetir la muestra.
NILM = Frotis negativo para células neoplásicas: ■ Normal y variantes (embarazadas). ■ Cambios reactivos (embarazadas).	Si el informe indica presencia de inflamación, tratar la causa. Repetir PAP al año siguiente. Si el resultado es nuevamente negativo, repetir cada tres años.
ASCUS = Atypical squamous cells of uncertain significance (células escamosas atípicas de significado incierto).	Si el informe indica presencia de inflamación, tratar la causa y repetir PAP en seis meses. Si la prueba de Papanicolaou indica ASCUS o L-SIL, sólo las lesiones persistentes (notificadas en dos pruebas de Papanicolaou realizadas en un plazo de seis meses a un año) necesitan investigación adicional.
ASCH = Atypical squamous cells, cannot discharge high grade lesion (CEA) (células escamosas atípicas sugestivas de alto grado).	Remitir a patología cervical para colposcopia y biopsia. Aplicación de tratamiento convencional.
LIE-BG = Lesión intraepitelial de bajo grado.	Remitir a patología cervical para colposcopia y biopsia.
LIE-AG = Lesión intraepitelial de alto grado NIC 2, NIC 3 / Carcinoma In Situ (CIS).	Remitir a patología cervical para colposcopia y biopsia.
Sugerente de carcinoma microinvasor o de invasión franca	Remitir a patología cervical para colposcopia y biopsia.
CA = Cáncer invasor: citología concluyente de malignidad (adenocarcinoma, carcinoma escamoso y para otras variedades).	Referir a oncología.

- El laboratorio de citopatología, una vez procesada la muestra, debe estructurar el informe citológico de acuerdo a los siguientes parámetros principales, basados en el Sistema Bethesda:

**CUADRO N° 2**

Muestra inadecuada para la interpretación.
Dentro de parámetros normales (NILM).
Cambios reactivos y reparativos. Células escamosas atípicas de significado indeterminado.
L-SIL o LIE-BG Incluye condiloma y VPH. L-SIL o LIE-BG incluye condiloma. H-SIL o LIE-AG. H-SIL o LIE-AG.
H-SIL o LIE-AG.
Carcinoma invasor.

- El informe citológico debe ser entregado en el plazo de una semana en el área urbana y tres semanas, como máximo, en el área rural.
- Las mujeres con informe de la prueba de Papanicolaou positivo deben ser sometidas a confirmación diagnóstica previa al tratamiento en establecimientos de salud de mayor complejidad, que cuenten o no con unidades de patología de tracto genital inferior (colposcopia).
- Las mujeres con informe negativo de la prueba de Papanicolaou e IVAA negativo, repetir la prueba al año siguiente; si el resultado es negativo, repetir cada tres años.
- No realizar ningún tratamiento basado únicamente en el reporte citológico (salvo casos excepcionales o pacientes de difícil seguimiento).

A continuación se presenta la clasificación citológica oficial adoptada del **Sistema Bethesda (2001)**, nomenclatura que permite realizar el análisis estadístico, válido para los informes al Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS-VE).

**CUADRO N° 3: CATEGORÍAS DEL BETHESDA**

LESIÓN DE BAJO GRADO (LIE-B)		LESIÓN DE ALTO GRADO (LIE-A)	
INAD	Citología inadecuada para interpretación.	2H-SIL (LIE-AG)	Lesión intraepitelial escamosa de alto grado.
NILM	Negative for Intraepithelial Neoplasm or Malignancy (negativo para neoplasia intraepitelial o malignidad).	AGC	Atypical glandular cells – AGC (células glandulares atípicas – CGA).
ASCUS	Atypical squamous cells of uncertain significance (células escamosas atípicas de significado incierto).	ACIS	Adenocarcinoma in situ (endocervical).
ASCH	Atypical squamous cells, cannot discharge high grade lesion (CEA) (células escamosas atípicas sugere de alto grado).	CA	Citología concluyente de malignidad (adenocarcinoma, carcinoma escamoso y para otras variedades).
L-SIL (LIE-BG)	Low squamous intraepithelial lesion (lesión intraepitelial escamosa de bajo grado).		

- Hacer énfasis con la prueba de PAP en mujeres que nunca antes se realizaron una citología.



## CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA

La confirmación diagnóstica se realiza mediante colposcopia, biopsia dirigida, cepillado del canal endocervical y cuando existe discordancia cito-colpo-histológica se realiza conización cervical, en los siguientes casos:

- Prueba citológica de Papanicolaou positiva.
- Inspección visual con ácido acético (IVAA) positiva con sospecha de lesión avanzada.

### A. Colposcopia

#### Indicaciones:

- Paciente con citología anormal (PAP+) o IVAA (+). No adecuada para crioterapia: lesión >75% de la superficie cérvico-uterina, que se extiende a la pared vaginal o más de 2 mm fuera de la criosonda, o al interior del conducto cervical fuera de la punta de la sonda. Se ha de derivar incluso a las mujeres embarazadas.
- Paciente con sospecha clínica de cáncer de cuello uterino.
- Control de las LIE durante el embarazo.
- Estudio de vagina y región vulvoperineal y anal.
- Complemento para la toma de biopsia dirigida.
- Como modalidad de seguimiento a toda paciente con diagnóstico de LIE-BG o LIE-AG o cáncer in situ y microinvasor que recibió tratamiento.

#### Objetivos:

- Contribuir a la localización de lesiones.
- Determinar las características de la lesión y su extensión en cuello uterino.
- Realizar biopsia dirigida de las lesiones de cuello uterino.
- Seleccionar la conducta terapéutica y el tipo de tratamiento de acuerdo a diagnóstico histopatológico.
- Realizar seguimiento pos tratamiento.

#### Informe

El informe colposcópico debe realizarse en base al **Sistema Bethesda** utilizando la terminología Colposcópica Barcelona 2002, del Comité de Nomenclatura de la Federación Internacional de Patología Cervical y Colposcopia.

### B. Biopsia dirigida

#### Indicaciones:

- Se realizará si se encuentran imágenes sospechosas.
- Grupos II-III-IV-V de la Clasificación Colposcópica Barcelona 2002.
- Su resultado debe ser entregado máximo en 15 días.

### C. Cepillado del canal endocervical

#### Indicaciones:

- Colposcopia con zona de transformación anormal (ZTA) que penetra en endocérvix (colposcopia no satisfactoria).
- Citología de LIE-BG y colposcopia no satisfactoria.
- Citología de LIE-AG y colposcopia normal o no satisfactoria.
- Citología con células glandulares atípicas o adenocarcinoma (en este caso con una biopsia endometrial).
- Antes de indicar un tratamiento.
- Después de practicar una conización con asa electro quirúrgica (LEEP).
- Después de practicar cono quirúrgico (cono frío).

## D. Conización cervical

### Indicaciones:

- Considerada como la técnica más segura para el diagnóstico de LIE y fundamentalmente para el carcinoma in situ, debido a que estas lesiones son a menudo multicéntricas.
- Permite valorar la invasión incipiente o la existencia de un verdadero cáncer invasor.
- Tiene utilidad terapéutica definitiva cuando los márgenes del cono son negativos en el examen histopatológico.

**Nota:** Todo procedimiento de confirmación diagnóstica debe incorporar la biopsia de endometrio por aspiración o LUI para estudio histopatológico y descartar cáncer uterino.

## TRATAMIENTO

La elección del tratamiento dependerá de:

- Características de la lesión (tipo, localización y extensión).
- Edad.
- Deseos de paridad.
- Detección de factores de riesgo para cáncer de cuello uterino.
- Accesibilidad al servicio de salud.
- Gestación.
- Patología ginecológica coexistente.

Las pacientes con LIE-BG persistente por más de dos años deben acceder a un establecimiento de salud con la capacidad de resolver su patología, en un tiempo máximo de tres semanas. En los casos de LIE-AG, el tiempo máximo para acceder al establecimiento de salud de mayor complejidad es de dos semanas. El diagnóstico del estadio en las pacientes con carcinoma invasor debe ser efectivizado en un tiempo máximo de una semana.

**CUADRO N° 4**

<b>DIAGNÓSTICO CONFIRMADO</b>	<b>OPCIONES TERAPÉUTICAS</b>
NIC 1 (NEOPLASIA INTRAEPITHELIAL CERVICAL GRADO 1)	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Seguimiento citológico semestral.</li><li>■ Crioterapia o electrocauterización (con más de dos años de persistencia de lesión).</li></ul>
NIC 2 (NEOPLASIA INTRAEPITHELIAL CERVICAL GRADO 2)	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Cono con ASA ELECTROQUIRÚRGICA (LEEP).</li><li>■ Crioterapia.</li><li>■ Cono con bisturí (cono frío) con compromiso glandular no mayor de 5 mm de profundidad.</li></ul>
NIC 3 (NEOPLASIA INTRAEPITHELIAL CERVICAL GRADO 3) CIS (CARCINOMA IN SITU)	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Cono con ASA ELECTROQUIRÚRGICA (LEEP).</li><li>■ Crioterapia si la colposcopia muestra lesión mínima no invasiva.</li><li>■ Cono con bisturí (cono frío) con compromiso glandular no mayor de 5 mm de profundidad.</li><li>■ En casos excepcionales histerectomía total abdominal simple dependiendo de paridad, edad y/o coexistencia de otra patología (miomas, prolapso, etc.).</li></ul>
CÁNCER MICROINVASOR I a 1	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Histerectomía extrafascial total abdominal ampliada o vaginal con colpectomía parcial (manguito vaginal).</li><li>■ Histerectomía radical abdominal técnica de Wertheim-Meigs (Piver 2 ó 3) si es estadio 1 y 2.</li></ul>

## TRATAMIENTO PARA LESIÓN INTRAEPITHELIAL Y CARCINOMA IN SITU

### A. Crioterapia

#### Indicaciones:

Se realiza inmediatamente después de la inspección visual con ácido acético en establecimientos de salud con unidad de crioterapia y personal médico capacitado en esta técnica:

- La prueba de detección (IVAA) dio un resultado positivo.
- La lesión es suficientemente pequeña para ser cubierta por la criosonda sin sobrepasar en más de 2 mm el borde de la criosonda.
- La lesión y todos sus bordes son perfectamente visibles y no se extienden al interior del endocérvix ni a la pared vaginal.

#### Procedimiento

Se realiza con nitrógeno líquido, óxido nitroso o dióxido de carbono administrado con criosonda. Habitualmente no requiere anestesia. Se puede formar una escara al cabo de uno a tres días del tratamiento, con una subsiguiente ulceración que se resuelve en una o dos semanas. Advertir presencia de flujo hasta cuatro semanas post crioterapia.

Este procedimiento se lo puede realizar en casos excepcionales con personal capacitado en el nivel I, pero está recomendado en los niveles II y III.

### B. Conización

- Conización alta: generalmente para nulíparas, unión escamo-columnar no visible y pacientes climatéricas.
- Conización baja: generalmente para multíparas con cuello hipertrófico).
- La conización con bisturí será realizada excepcionalmente en los centros hospitalarios que no cuenten con ASA ELECTROQUIRÚRGICA (LEEP), en casos específicos y luego de la respectiva discusión clínica a cargo del jefe de Servicios de Ginecología.

#### B1. Conización con ASA de LEEP (seguir técnica de acuerdo a ficha técnica N° 4)

La conización diagnóstica terapéutica, practicada ambulatoriamente mediante doble exéresis con asa, exocervical y endocervical, o en quirófano con bisturí, está indicada en:

- Paciente con correlación cito-colpo-histológica de LIE-AG.
- Pacientes portadoras de CIS o carcinoma micro invasor para verificar la profundidad de la invasión.
- Pacientes con discordancia de correlación cito-colpo-histológica (como método diagnóstico y terapéutico).
- Prueba citológica persistente (LIE-AG) posterior a tratamiento.
- Prueba citológica persistente por más de dos años (LIE-BG) con colposcopia y cepillado de canal endocervical normales.
- Paridad satisfecha con LIE-BG persistente por más 2 años (casos excepcionales y previa discusión clínica).
- Lesiones endocervicales con margen profundo no visible.
- Legrado endocervical diagnóstico de CIS o AIS.
- Citología con atipias de células glandulares o adenocarcinoma (seguida de legrado).

Cuando el resultado del estudio del cono indica “**bordes positivos a lesión de alto grado**”, se evalúa la realización de reconización (con asa de LEEP o con bisturí) con seguimiento estricto en pacientes con deseo de conservar fertilidad, caso contrario se valora la práctica de histerectomía total abdominal simple.

#### B2. Cono frío o cono quirúrgico y hemostasia con puntos de Sturmdorf

#### Indicaciones:

- Cuando el establecimiento no cuenta con equipo de LEEP.
- Carcinoma in situ o micro invasor.
- Pacientes multípara en edad reproductiva (cono bajo).

**Procedimiento:**

1. Visualización de cuello uterino con espéculo o valvas vaginales.
2. Antisepsia.
3. Demarcación de lesión con ácido acético o lugol.
4. Anestesia conductiva (peridural o en silla de montar).
5. Tracción de cuello uterino con pinza Pozzi.
6. Dilatación de endocérnix y orificio cervical interno (OCI).
7. Incisión con bisturí por fuera de la demarcación de la lesión.
8. Exéresis del cono y localización del conducto cervical.
9. Curetaje de endocérnix.
10. Hemostasia por electrocauterización, y excepcionalmente con puntos de Sturmdorf (ver técnica quirúrgica).

**SEGUIMIENTO PARA LESIÓN INTRAEPITHELIAL Y CARCINOMA IN SITU**

- Toda paciente con LIEBG debe recibir seguimiento por tres años, cada seis meses y luego anual. Debe regresar a su establecimiento de salud de base para tamizaje regular.
- Toda paciente con resultado y tratamiento por LIE-AG debe recibir seguimiento, cito-colpo-histológico por cinco años, a los tres meses y luego cada seis meses por dos años, luego anual si los controles son negativos y regresar a su establecimiento de salud de base para tamizaje regular.
- Este seguimiento lo realiza la consulta de colposcopia, primeramente cada tres meses (por seis meses) luego cada seis meses por un año y luego anual hasta completar el tiempo establecido (LIE-BG tres años y LIE-AG cinco años).

**TRATAMIENTO ONCOLÓGICO PARA CARCINOMA MICROINVASOR Y MÁS AVANZADOS**

En los casos en que el diagnóstico sobrepasa el carcinoma in situ, la discusión de las opciones terapéuticas así como la elección de la técnica quirúrgica deben realizarse en discusión del servicio de ginecología y del servicio de oncología para referencia a este último (ver cuadro N° 1).

En todos los casos en los que se decida tratamiento quirúrgico el procedimiento debe realizarlo un especialista con experiencia en la técnica respectiva en nivel II y III.

La elección del tratamiento o la combinación de tratamientos dependerá del estadiaje clínico y la valoración clínica de la paciente (**carcinoma invasor**) mencionados a continuación:

- Histerectomía simple.
- Histerectomía radical (extra fascial con apendectomía pélvica selectiva).
- Exenteración pélvica.
- Radioterapia intracavitaria (braquiterapia).
- Radioterapia externa.
- Radioterapia paliativa.
- Quimioterapia.
- Tratamiento mixto.
- Paliativos.

**SEGUIMIENTO**

- Posterior a tratamiento de criocauterización, electrocauterización, cono LEEP, cono frío e histerectomía, se debe recomendar abstinencia sexual por 45 días de tener relaciones coitales. Recomendar el uso de preservativo.
- Las pacientes con lesiones y tratamiento mayor al CIS reciben seguimiento DE POR VIDA, por el Servicio de Oncología respectivo.

- La detección control y seguimiento es posible mediante un sistema eficaz de referencia y contrarreferencia.
- Se realiza a toda mujer desde el inicio de su vida sexual activa, con mayor énfasis entre 25 a 64 años de edad.
- Se explica a la usuaria el procedimiento una vez obtenido el consentimiento informado.
- La periodicidad del PAP y/o IVAA es de cada tres años, a partir de dos pruebas anuales negativas.
- Estimular en la paciente el retorno al centro de salud para recoger los resultados tanto de PAP, biopsia e histopatología de la pieza operatoria.

### CRITERIOS DE ALTA

#### NO HAY ALTA DEFINITIVA.

- Según el caso, la evaluación clínica se puede programar con espaciamiento en los controles.
- Puede darse de alta a hysterectomizadas mayores de 65 años, en ausencia de complicaciones posteriores al tratamiento.

### CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Ausencia de complicaciones.
- Control y seguimiento a la semana en nivel II ó III en casos quirúrgicos.
- A establecimiento de origen para seguimiento ambulatorio.

## MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Todos los niveles de atención deben promover los sistemas de detección a través del examen de Papanicolau y de la inspección visual con ácido acético (IVAA).
- También tienen que desarrollar el seguimiento de las mujeres con examen citológico positivo o que concluyeron tratamiento.
- Orientar a las usuarias y sus familias sobre:
  - La importancia de la prueba de PAP y su periodicidad.
  - La importancia de los factores de riesgo:
    - ▲ Edad temprana de inicio de relaciones sexuales (inicio precoz de relaciones sexuales).
    - ▲ Infección por virus del papiloma humano (alto riesgo).
    - ▲ Múltiples parejas sexuales, femenina o masculina.
    - ▲ Infección ginecológica a repetición, especialmente de tipo viral.
    - ▲ Antecedentes de condilomas genitales o ITS.
    - ▲ Nivel socioeconómico bajo.
    - ▲ Tabaquismo.
    - ▲ Malnutrición.
    - ▲ Estado de inmunodepresión. Mujeres que nunca se hicieron controles PAP.
    - ▲ Uso de anticonceptivos hormonales por más de cinco años asociado a multiparidad.
  - La forma de facilitar pruebas de despistaje, especialmente a las adolescentes.
  - El modo de coordinación con los establecimientos de salud o de referencia para el manejo de mujeres con confirmación diagnóstica.
  - La importancia del estadiaje clínico quirúrgico y cómo hacer el seguimiento.
  - El tipo de tratamiento, de las posibles complicaciones y de cómo hacer el seguimiento a la evolución de la enfermedad.

# CÁNCER DE MAMA

## DEFINICIÓN

Es el crecimiento anormal y desordenado de las células en los tejidos de las glándulas mamarias. Es un tumor maligno que se origina en diversas células: ductal, lobulillar, etc.

## CLASIFICACIÓN (ver ficha técnica N° 5)

- Carcinoma ductal in situ.
- Carcinoma lobulillar in situ.
- Carcinoma ductal invasi-vo (o infiltrante).
- Carcinoma lobulillar invasivo (infiltrante).
- Cáncer inflamatorio del seno.

## FACTORES DE RIESGO

- Tabaquismo.
- Consumir alcohol.
- Malnutrición.
- Edad mayor de 55 años o más.
- Raza.
- Tejido glandular denso del seno.
- Antecedentes familiares, directos (consanguíneos) que tienen esta enfermedad.
- Antecedentes personales de cáncer de seno en uno de los senos tiene mayores probabilidades de tener un nuevo cáncer en el otro seno.

## DIAGNÓSTICO

### CRITERIOS CLÍNICOS

#### Definición y detección de sospecha de cáncer mamario Nivel I

- Factores de riesgo de cáncer de mama (herencia: línea materna).
- Antecedente de cáncer mamario (histología premaligna de la mama) con o sin examen físico de mama compatible con probable patología maligna.
- Examen físico de mama con signos clínicos compatibles con cáncer de mama y presencia de ganglios axilares palpables.
- Inflamación de todo o parte del seno.
- Irritación o hendiduras en la piel.
- Dolor en el seno.
- Dolor en el pezón o que el pezón se hunda (retracción).
- Enrojecimiento, descamación o engrosamiento de la piel del seno o del pezón.
- Secreción del pezón que no sea leche materna.
- Referencia.

#### Nivel II y III

Todos los procedimientos realizados en nivel I más:

- Mamografía y examen físico de mama, a mujeres asintomáticas de 40 años y más, con uno o más de los siguientes factores de riesgo:
  - Antecedentes de histología premaligna de la mama (hiperplasia atípica, cáncer lobulillar "in situ").
  - Confirmación de caso sospechoso a través de punción y biopsia.

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

#### Laboratorio:

- Hemograma y grupo sanguíneo y Rh.
- Examen general de orina.
- Glicemia.

#### Gabinete:

- Mamografía.
- Ecografía mamaria.

#### Criterios citopatológicos:

Confirmación de casos sospechosos, examen citológico mediante:

- Biopsia por aspiración con aguja fina (FNA).
- Biopsia por punción con aguja gruesa.
- Biopsia quirúrgica (abierta)/examen histopatológico.



## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Debe realizarse diferenciación clínica con ciertos problemas benignos que no son cáncer, como la mastopatía fibroquística.

## TRATAMIENTO MÉDICO

### MEDIDAS GENERALES

#### Nivel I

- Sospecha clínica referencia al nivel II ó III.

#### Nivel II y III

Además del manejo en nivel I:

- Tumor menor de 5 mm, unicéntrico de bajo grado, márgenes > 1 cm., sólo en pacientes afeosas– escisión.
  - Carcinoma lobulillar in situ (CLIS):
    - ▲ Mamografía anual.
    - ▲ Examen físico cada 6-12 meses.
    - ▲ Autoexamen.
    - ▲ Se considera tamoxifeno VO 20 mg cada 24 horas por cinco años, para reducción de riesgo.
  - Carcinoma ductal in situ (CDIS):
    - ▲ Mamografía bilateral más proyecciones adicionales.
    - ▲ Eventual eco y RM.
    - ▲ Biopsia percutánea.
    - ▲ Revisión patológica.
  - Enfermedad extensa o difusa (dos o más cuadrantes):
    - ▲ Mastectomía total con o sin reconstrucción, en caso de sospecha de micro invasión, considerar linfonodo centinela, márgenes positivos de tumor post operatorios, considerar resección.
    - ▲ Mastectomía total con o sin reconstrucción márgenes negativos, escisión más radioterapia.
- Tumor mayor de 5 mm tratamiento locorregional:
  - Mastectomía parcial (segmentaria) o cuadrantectomía con disección nivel axilar I y II.
  - Mastectomía total radical, con disección nivel axilar I y II, con o sin reconstrucción mamaria inmediata.
  - Quimioterapia neoadyuvante si es T2 o T3 y cumple todos los criterios de terapia conservadora, excepto por tamaño, considerar tratamiento multidisciplinario con oncología.
  - Radioterapia externa en el seno, la pared torácica o el área de la axila después de la cirugía.
  - Braquiterapia, con colocación de semillas radiactivas en el tejido del seno próximo al cáncer.

## MANEJO CONSERVADOR

En mujeres con imposibilidad de realizarse tratamiento quirúrgico o contraindicaciones de radioterapia, embarazo, radioterapia previa multicentricidad, microcalcificaciones difusas no claramente benignas, imposibilidad de obtener márgenes negativos, de aproximadamente de 10 mm, con un resultado cosmético aceptable.

### CRITERIOS DE REFERENCIA

- Todos los casos deben ser referidos a nivel II ó III.

### CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de la lesión tumoral.

### CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Control y seguimiento por especialista.

## **MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD**

- Apoyo psicológico en lo posible.
- Informe a la usuaria y familiares acerca de:
  - Su condición general de salud y la gravedad del cuadro y el tiempo aproximado necesario para el tratamiento.
  - Procedimientos a ser utilizados así como sus riesgos y beneficios, y la necesidad de referencia si el caso lo requiere.
- Importancia del autoexamen de mama partir de los 20 años de edad, ver ficha técnica N° 5.
- Orientar en el autoexamen rutinario sobre los controles clínicos correspondientes, debiendo retornar al establecimiento en cualquier momento ante la presencia de cualquier tipo de masa, tumoral en uno u ambos senos.
- Informe a la mujer sobre:
  - Los beneficios de someterse a un examen clínico de los senos como parte de un examen periódico de salud, entre los 20 a 39 años de edad, de realizarse un estudio de mamografía de detección anual en mujeres mayores de 40 años y de los antecedentes de terapia hormonal combinada después de la menopausia y el riesgo de aumentar la posibilidad de desarrollar cáncer de seno.

## III. FICHAS TÉCNICAS

### FICHA TÉCNICA Nº 1

#### TOMA DE MUESTRA PARA EXAMEN DE CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU)

##### DEFINICIÓN

Se trata de una técnica de detección citológica que permite identificar cambios microscópicos mediante la recolección de células descamadas del epitelio cervical.

##### TÉCNICA

Interrogue a la paciente para constatar que:

- No utilizó óvulos vaginales (esperar una semana).
- No se realizó duchas vaginales (esperar 24 horas).
- No se encuentra con su menstruación.
- No ha tenido relaciones sexuales (esperar 24 horas).
- No ha sido sometida a procedimientos ginecológicos (tacto bimanual, colocación o retiro de DIU, legrado (esperar dos semanas)).
- No ha sido sometida a tratamiento destructivo (crioterapia) (esperar tres meses).

##### Aclaración

Si la mujer procede de un lugar lejano y su retorno no es seguro para la toma de muestra, la única contraindicación relativa es la presencia de menstruación; sin embargo, incluso en esa circunstancia se puede intentar tomar la muestra de la zona correcta y sin contaminarla con sangre.

##### PROCEDIMIENTO

- Prepare todo el material necesario y asegure que el ambiente sea el adecuado para un examen ginecológico (la lámina debe estar previamente identificada con los datos de la paciente y el número respectivo).
- Explique a la paciente el procedimiento que va a realizar y el objetivo del mismo.
- Invítela a adoptar la posición ginecológica y cúbrala de campos.
- Observe la vulva, separe los labios delicadamente, introduzca el espéculo (de acuerdo al tamaño) vaginal, limpio y SECO, siguiendo la técnica respectiva para visualizar el cuello uterino (es muy importante abrir las valvas del espéculo antes de entrar en contacto con el cuello para evitar traumatismos en su superficie).
- Introduzca la espátula de Ayre (la porción más larga) al conducto endocervical y proceda a rotar delicada pero firmemente 360°. La toma debe realizarse en la unión escamo-columnar.
- Coloque en un portaobjetos el material obtenido, rotando varias veces en sentido de las manecillas del reloj.
- Con la parte central del mango realice un extendido, para regularizar y afinar el material.
- Para fijar la muestra (con spray o laca común), agite el frasco y a una distancia de 30 cm envíe un chorro sobre la lámina.
- Llenado de formularios respectivos.
- Explique a la paciente el tiempo para recoger el resultado; aclare las dudas que tenga.

##### Errores frecuentes que se deben evitar

- Realizar tacto vaginal antes de la toma de la muestra.
- Lubricar el espéculo.
- Realizar la toma de la muestra durante la menstruación.
- Realizar una toma traumática.
- Extender material excesivamente grueso.
- Fijar con spray a menos de 20 cm, con lo cual las células son removidas.

**INTERPRETACIÓN DE LOS REPORTES  
DE ESTUDIO CITOLÓGICO CÉRVIX UTERINO**

<b>Diagnóstico citológico cérvico-vaginal “Sistema Bethesda”</b>	
<b>I Informe de adecuación</b>	<b>II Diagnóstico descriptivo</b>
i. Satisfactorio. ii. No satisfactorio.	A. Infección. B. Inflamación. C. Misceláneos.
<b>III Anomalías de células epiteliales</b>	
<b>A. Células escamosas</b> 1. Células escamosas atípicas: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ De significado incierto (ASCUS).</li> <li>■ No es posible descartar una LIE-AG (ASCH).</li> </ul> 2. Lesión Intraepitelial escamosa (LIE): <ul style="list-style-type: none"> <li>■ De grado bajo.</li> <li>■ De grado alto.</li> </ul> 3. Carcinoma invasor.	<b>B. Células glandulares: endometriales o endocervicales</b> 1. Presentes. 2. Atípicas. 3. Adenocarcinoma: endocervical, endometrial.

<b>Nomenclatura para la clasificación de los frotis</b>	
<b>CLASES</b>	<b>Sistema Bethesda (1998-2001)</b>
<b>Clase I</b>	Dentro de límites normales (NILM) negativo para lesión intraepitelial maligna.
<b>Clase II</b>	Cambios reactivos y reparativos. Células escamosas atípicas de significado indeterminado.
<b>Clase III</b>	L-SIL o LIE-BG incluye condiloma. H-SIL o LIE-AG.
<b>Clase IV</b>	H-SIL o LIE-AG.
<b>Clase V</b>	Carcinoma invasor.



**INFORME DE INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO**

Formulario de referencia

Fecha:		Edad:		Nº H.C.			
Apellidos y nombres:							
Domicilio:				Teléfono:			
Municipio:		Barrio/Comunidad					
Establecimiento de salud:		Red de salud:		SEDES:			
Domicilio:				Teléfono:			
Anteced. gineco-obstetricia: Gesta ..... Para ..... AB .....		Edad de 1ª relación sexual:		<b>FACTORES DE RIESGO</b>	No	Sí	
FUM: .....		..... años			Fuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FUP: .....		Edad primer parto			Uso de ACO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fecha último PAP/IVAA: .....		..... años			ITS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				Múltiples parejas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
				Otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Descripción de la IVAA: dibuje con una línea el borde donde la unión del orificio cervical y la unión escamo-columnar están localizadas. Dibuje cualquier imagen acetoblanca o sospechosa de cáncer, siguiendo las referencias.							
Ejemplo				REFERENCIAS: Unión escamo-columnar. Zona acetoblanca. Zona sospechosa. Orificio cervical externo.			
UBICACIÓN Y EXTENSIÓN DE LA LESIÓN: – Superior derecho <input type="radio"/> – Extensión a conducto <input type="radio"/> – Superior izquierdo <input type="radio"/> endocervical – Inferior derecho <input type="radio"/> – Extensión a vagina <input type="radio"/> – Inferior izquierdo <input type="radio"/>		RESULTADO: – Cuello normal IVAA (-) <input type="radio"/> – Cuello anormal IVAA (+) <input type="radio"/> – Sospecha CA <input type="radio"/>		% CERVIX COMPROMETIDO - < 25% <input type="radio"/> - 25-49% <input type="radio"/> - 50-74% <input type="radio"/> - ≥ 75% <input type="radio"/>			
OTROS HALLAZGOS: .....							
SEGUIMIENTO:							
– Control en 1 año <input type="radio"/> – Control en 3 años <input type="radio"/> – Referida para consulta de especialidad <input type="radio"/> – Hospital al que se refiere a la usuaria .....							
OBSERVACIONES:							
NOMBRE Y FIRMA PERSONAL DE SALUD:							

**CLASIFICACIÓN ESTADIOS DE CÁNCER DE MAMA**

Cáncer de mama. Sistema de estadificación TNM

(T) tamaño y propagación del tumor.

(N) propagado a los ganglios o nódulos linfáticos.

(M) metástasis.

ESTADIO	ÁREA ANATOMOTOPOGRÁFICA
0 (carcinoma in situ). ■ Carcinoma ductal in situ. ■ Carcinoma lobular in situ.	<b>Células anormales</b> en el revestimiento del <b>conducto o en el lóbulo de la mama.</b>
ESTADIO I ■ I A	<b>Tumor mide dos centímetros o menos</b> , y no se diseminó fuera de la <b>mama.</b>
■ I B	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No se encuentra un <b>tumor</b> en la <b>mama</b>, pero se encuentran pequeños racimos de <b>células cancerosas</b> (mayores de 0,2 <b>milímetros</b>, pero no mayores de 2 milímetros) en los <b>ganglios linfáticos</b>, o</li> <li>2. El tumor <b>mide dos centímetros o menos</b>, y se encuentran pequeños racimos de células cancerosas (mayores de 0,2 milímetros pero no mayores de 2 milímetros) en los ganglios linfáticos.</li> </ol>
ESTADIO II ■ II A1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No se encuentra un <b>tumor</b> en la <b>mama</b>, pero se encuentra <b>cáncer</b> en los <b>ganglios linfáticos axilares (ganglios linfáticos</b> debajo del brazo), o</li> <li>2. El tumor mide <b>dos centímetros o menos</b>, y se diseminó hasta los ganglios linfáticos axilares, o</li> <li>3. El tumor mide <b>más de dos centímetros</b>, pero no más de cinco centímetros, y no se diseminó hasta los ganglios linfáticos axilares.</li> </ol>
■ II B	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tumor mide <b>más de dos centímetros</b>, pero no más de cinco centímetros, y se diseminó hasta los ganglios linfáticos axilares, o</li> <li>2. Tumor <b>mide más de cinco centímetros</b>, pero no se diseminó hasta los ganglios linfáticos axilares.</li> </ol>
ESTADIO III ■ III A	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No se encuentra un <b>tumor</b> en la <b>mama</b>. El <b>cáncer</b> se encuentra en los ganglios <b>linfáticos axilares</b> que están unidos entre sí o a otras estructuras; o el cáncer se puede encontrar en los ganglios linfáticos cercanos al <b>esternón</b>; o</li> <li>2. El tumor <b>mide dos centímetros o menos</b>. El cáncer se diseminó hasta los ganglios linfáticos axilares que están unidos entre sí o a otras estructuras, o el cáncer se puede haber diseminado hasta los ganglios linfáticos cercanos al esternón; o</li> <li>3. El tumor <b>mide más de dos centímetros</b>, pero no más de cinco centímetros. El cáncer se diseminó hasta los ganglios linfáticos axilares que están unidos entre sí o a otras estructuras, o el cáncer se puede haber diseminado hasta los ganglios linfáticos cercanos al esternón; o</li> <li>4. El tumor <b>mide más de cinco milímetros</b>. El cáncer se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos axilares que están unidos entre sí o a otras estructuras, o el cáncer se puede haber diseminado hasta los ganglios linfáticos cercanos al esternón.</li> </ol>



<p>■ III B</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tumor de cualquier tamaño.</li> <li>2. Se diseminó hasta la pared torácica o a la piel de la mama, hasta los ganglios linfáticos axilares que están unidos entre sí o a otras estructuras, o el cáncer se puede haber diseminado hasta los ganglios linfáticos cercanos al esternón.</li> <li>3. El cáncer que se diseminó hasta la piel de la mama se llama cáncer de mama inflamatorio.</li> </ol>
<p>■ III C</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tumor de cualquier tamaño.</li> <li>2. Se diseminó hasta los ganglios linfáticos por arriba o debajo de la clavícula; y</li> <li>3. Se puede haber diseminado hasta los ganglios linfáticos axilares o hasta los ganglios linfáticos cercanos al esternón.</li> </ol>
<p>ESTADIO IV</p>	<p>El <b>cáncer</b> se diseminó hasta otros <b>órganos</b> del cuerpo, con mayor frecuencia hasta los huesos, los <b>pulmones</b>, el <b>hígado</b> o el <b>cerebro</b>.</p>

## TÉCNICA DE AUTOEXAMEN DE MAMAS

Debe realizarse cada mes, unos 7-10 días luego de iniciada la regla. Enseñe la siguiente técnica:

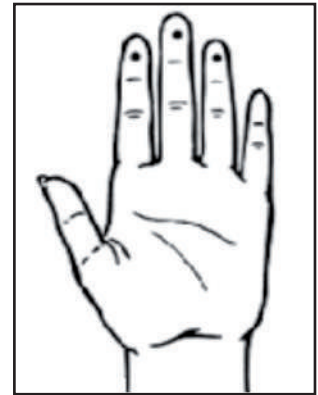
### PASO 1

- Acuéstese y coloque el brazo derecho detrás de la cabeza. El examen se realiza mientras está acostada y no de pie.
- Esto se debe a que cuando se está acostada el tejido del seno se extiende uniformemente sobre la pared torácica, haciendo que el tejido esté lo más delgado posible. Esto permite que se pueda palpar todo el tejido del seno con mayor facilidad.



### PASO 2

- Utilice las yemas de los tres dedos del medio de la mano izquierda, para palpar cualquier masa, bulto o protuberancia del seno derecho.
- Emplee movimientos circulares contiguos, del tamaño de una moneda de diez centavos, para palpar el tejido del seno.
- Aplique tres niveles de presión diferentes para palpar todo el tejido del seno. La presión leve es necesaria para palpar el tejido que está más cercano a la piel; la presión moderada servirá para palpar un poco más profundo, y la presión firme para palpar el tejido más cercano al tórax y a las costillas.
- Emplee cada nivel de presión para palpar todo el seno antes de pasar a la próxima área.



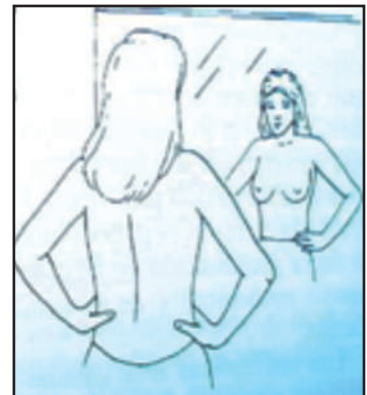
### PASO 3

- Mueva las yemas de sus dedos de arriba hacia abajo, comenzando con una línea vertical imaginaria dibujada en su costado, palpe desde la axila y hasta el medio del esternón. Asegúrese de examinar toda el área del seno yendo hacia abajo hasta donde usted siente sólo las costillas y hacia arriba hasta llegar al cuello o a la clavícula.
- Repita el examen con el seno izquierdo, empleando las yemas de los dedos de la mano derecha.



### PASO 4

- Mientras esté de pie frente a un espejo, con sus manos presionando hacia abajo firmemente sus caderas, observe sus senos para detectar cualquier cambio en tamaño, forma, contorno, hundimientos o enrojecimiento de los pezones o de la piel de los senos.
- Cuando se hace presión hacia abajo a las caderas, los músculos de la pared torácica se contraen y esto hace que sobresalga cualquier cambio en los senos.



ANTE CUALQUIER HALLAZGO ANORMAL DEBE ACUDIR AL HOSPITAL