ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL



PROTOCOLO DE DETECCION TEMPRANA DE CANCER DE CUELLO UTERINO

Responsable	Elaboro	Reviso	Aprobó
Cargo	Contratista	Coordinador Medico	Gerente
Nombre completo	Yaniris Melo Serna	Consuelo Escorcia Moreno	Yesenia Hernandez Hernandez
Firma			

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 5
2. OBJETIVOS 8
2.1. OBJETIVO GENERAL 8
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 8
3. ALCANCE Y POBLACIÓN OBJETO 9
4. DEFINICIONES 10
5. MARCO NORMATIVO 11
6. RESPONSABILIDADES 12
7. CLASIFICACION 13
8. FACTORES DE RIESGO 16
9. DIAGNOSTICO 19
10. ESQUEMAS DE TAMIZACIÓN 19
7.1. MUJERES DE 25 A 29 AÑOS 20
7.2. MUJERES DE 30 A 65 AÑOS 20
7.3. MUJERES DE 30 A 50 AÑOS EN ZONAS DE DIFÍCIL ACCESO 21
7.4. TALENTO HUMANO AUTORIZADO PARA LA TOMA 21
11. TOMA DE LA MUESTRA 22
..... 22
8.1. CONSEJERÍA PREVIA 22
8.2. CONDICIONES PREVIAS A LA TOMA 22
8.3. TÉCNICA DE TOMA 23
12. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE CITOLOGÍA 23
8.4. MUESTRAS INSATISFACTORIAS 26
13. AUTOTOMA PARA LA PRUEBA DE ADN-VPH 27
9.1. CÓMO SE IMPLEMENTA EN LA INSTITUCIÓN 27
9.2. CONDUCTA ANTE RESULTADO POSITIVO EN AUTOTOMA 28
14. CONDUCTA SEGÚN EL RESULTADO 28
14.1 PRUEBA DE ADN-VPH 29
14.2 Citología (25 a 29 años) 29
15. ENTREGA DE RESULTADOS Y BÚSQUEDA ACTIVA 30
11.1. REGLAS DE ENTREGA 30
11.2. BÚSQUEDA ACTIVA 31

16. ARTICULACIÓN CON LA PREVENCIÓN PRIMARIA 32
13.1. VACUNACIÓN CONTRA EL VPH 32
13.2. EDUCACIÓN Y REDUCCIÓN DE RIESGO 32
13.3. CONSEJERÍA FRENTE A LOS MITOS 33
17. BARRERAS PROHIBIDAS 33
18. INDICADORES DE MONITOREO 34
19. ANEXO 1. LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA TAMIZACIÓN 36
20. DOCUMENTOS DE REFERENCIA 38
21. CONTROL DE CAMBIOS 39

LISTADO DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Historia natural de la enfermedad y ventana de detección 7
Ilustración 2 Tumorogénesis 14
Ilustración 3 Esquemas de tamización según la edad y el lugar de residencia 20
Ilustración 4 Toma Exocervical Ilustración 5 Toma endocervical 22
Ilustración 6 Resultado negativo 25
Ilustración 7 Resultado positivo 26
Ilustración 8 Neoplasia Cervical 26
Ilustración 9 Pasos de la autotoma y población priorizada 27
Ilustración 10 Conducta institucional según el resultado de la tamización 28
Ilustración 11 Tiempos máximos de oportunidad. 30
Ilustración 12 Las tres barreras contra el mismo cáncer. 32
Ilustración 13 Crencias frecuentes y respuestas que hacen parte de la consejería 33

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es prácticamente el único cáncer que puede evitarse por completo. Se conoce su causa la infección persistente por tipos de alto riesgo del virus del papiloma humano, existe una vacuna que la previene, hay pruebas que detectan la lesión antes de que sea cáncer y existe tratamiento que cura esa lesión. Que una mujer muera de este cáncer significa, casi siempre, que el sistema de salud no la alcanzó a tiempo.

Entre la infección inicial y el cáncer invasor transcurren habitualmente entre diez y veinte años. Esa lentitud es lo que hace posible la tamización: es una ventana enorme durante la cual la enfermedad no produce síntomas, pero sí puede detectarse. Cuando aparecen los síntomas como sangrado anormal, flujo persistente, dolor, la ventana suele haberse cerrado.

Este protocolo define cómo la E.S.E. Hospital Jorge Isaac Rincón Torres identifica a las mujeres que deben tamizarse, con qué prueba según su edad y su lugar de residencia, cómo garantiza que el resultado llegue a manos de la mujer y, sobre todo, qué hace cuando ese resultado es positivo.

Cra 1E No 6-38 La Jagua de Ibirico-Cesar teléfono: 5769055 hosjagua@hotmail.com

La OMS define al cáncer como el crecimiento maligno, autónomo y descontrolado de células y tejidos. Pudiendo invadir tejidos circundantes y provocar nuevas proliferaciones similares al cáncer original. A medida que crece, el cáncer destruye los tejidos normales y compite por nutrientes y oxígeno.

En la prevención secundaria se realizan acciones esenciales que se desarrollan en los establecimientos de salud, para identificar oportunamente y evitar el desarrollo del cáncer cérvico uterino, especialmente en mujeres no vacunadas y en mujeres infectadas con subtipos distintos del VPH 16 y el VPH 18, las pruebas basadas en citología convencional, citología líquida y la inspección visual con ácido acético (IVAA) o yodo Lugol y pruebas de VPH.

Historia Natural del VPH

El virus de papiloma humano (human papillomavirus, HPV, en inglés) es un virus no encapsulado icosahedro, circular que mide aproximadamente 55 nanómetros. Infectan el epitelio cutáneo y de mucosas. Aproximadamente 40 genotipos son transmitidos sexualmente del área anogenital y orofaríngea. La mayoría de las infecciones son subclínicas y asintomáticas, pero pueden presentarse como verrugas hasta lesiones precancerosas y cáncer en cérvix, vulva, vagina, pene, ano y orofaríngea.

Se estima que VPH causa aproximadamente 5% de los cánceres en el mundo. 80% de la población en el mundo va a presentar una infección por el VPH durante su vida, pero no todos desarrollan cáncer. La mayoría de las personas se infectan al iniciar la vida sexual y su mayor incidencia es entre los 20 – 25 años.

Sitio	% de cáncer asociado a VPH de alto riesgo	Número de cáncer atribuido al VPH de alto riesgo
Cervix	100	529,500
Ano	84	25,536
Vagina	70	10,500
Pene	47	12,361
Vulva	40	12,000
Orofaríngeo	19	11,685

Ilustración 1 Historia natural de la enfermedad y ventana de detección



Dónde se pierden las mujeres en la ruta

- La mujer nunca se tamizó: no sabe que le corresponde, no puede desplazarse, o rechaza el examen pélvico.
- Se tamizó, pero nunca volvió por el resultado, y la institución no la buscó.
- El resultado fue positivo y la remisión a colposcopia nunca se concretó.
- Fue a colposcopia, le encontraron una lesión y el tratamiento se perdió entre autorizaciones.
- Cada uno de estos puntos de fuga se aborda de manera explícita en este protocolo. La prueba es la parte fácil; el seguimiento es donde se gana o se pierde la vida de la mujer.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Detectar de manera temprana las lesiones precancerosas y el cáncer de cuello uterino en la población objeto de la E.S.E. Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, garantizando la tamización según el esquema que corresponda, la entrega oportuna de resultados y el seguimiento efectivo de todos los casos positivos hasta su resolución.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aplicar el esquema de tamización definido en la Resolución 3280 de 2018 según la edad y el lugar de residencia de la usuaria.
- Garantizar la entrega del resultado en un plazo máximo de quince (15) días calendario contados desde la toma de la muestra.
- Realizar búsqueda activa de toda mujer que no regrese por su resultado.
- Gestionar la colposcopia dentro de los treinta (30) días siguientes a la indicación, y la valoración en un máximo de una semana ante sospecha de carcinoma infiltrante.
- Implementar la autotoma para la prueba de ADN-VPH en la población priorizada y en las jornadas extramurales.
- Realizar consejería antes y después de la prueba, con énfasis en que un resultado de VPH positivo no equivale a cáncer.
- Mantener el seguimiento nominal de cada mujer con resultado positivo hasta el cierre documentado del caso.
- Articular la tamización con la vacunación contra el VPH y con la notificación obligatoria al sistema de vigilancia.
- Eliminar las barreras administrativas que condicionen la toma de la prueba o la remisión.

3. ALCANCE Y POBLACIÓN OBJETO

Este protocolo aplica a los servicios de consulta externa, toma de muestras, laboratorio, servicios amigables y modalidad extramural de la institución. Es de obligatorio cumplimiento para la totalidad del talento humano asistencial y administrativo vinculado, contratado o en formación.

Inicia con la identificación de la mujer que requiere tamización y termina con el cierre documentado del caso: resultado negativo informado con cita de la siguiente tamización, o resultado positivo con diagnóstico y tratamiento verificados.

Población cubierta

- Mujeres de 25 a 29 años: tamización con citología.
- Mujeres de 30 a 65 años: tamización con prueba de ADN-VPH de alto riesgo.
- Mujeres de 30 a 50 años residentes en zonas de difícil acceso: técnicas de inspección visual o prueba rápida con estrategia de «ver y tratar».
- Hombres trans y personas no binarias con cuello uterino, dentro de los mismos rangos de edad, con atención respetuosa de su identidad de género.
- Mujeres con antecedente de resultado positivo o de tratamiento de lesión precancerosa, según el esquema de seguimiento que les corresponda.

Población en la que no se realiza tamización

- Mujeres menores de 25 años, en quienes la infección por VPH es frecuente y transitoria y la tamización genera más daño que beneficio.
- Mujeres mayores de 65 años con esquemas previos adecuados y negativos.

Mujeres con histerectomía total por patología benigna, en quienes el cuello uterino fue extirpado.

4. DEFINICIONES

Término	Definición operativa
Tamización	Aplicación de una prueba a personas aparentemente sanas para identificar a quienes tienen mayor probabilidad de presentar una lesión, con el fin de confirmarla y tratarla tempranamente. No es diagnóstica.
VPH de alto riesgo	Tipos del virus del papiloma humano con capacidad de producir lesiones precancerosas y cáncer cuando la infección persiste.
Prueba de ADN-VPH	Prueba molecular que detecta material genético de los tipos de alto riesgo del virus en la muestra cervical.
Citología de cuello uterino	Estudio de las células del cuello uterino, informado con la nomenclatura del Sistema Bethesda.
Citología de triage	Citología que se procesa únicamente cuando la prueba de ADN-VPH resultó positiva, para definir la conducta.
Autotoma	Técnica en la que la propia mujer recolecta su muestra cervicovaginal con un dispositivo entregado por el personal de salud.
Técnicas de inspección visual	Observación directa del cuello uterino tras la aplicación de ácido acético (VIA) y de solución de lugol (VILI), por personal entrenado y certificado.
Ver y tratar	Estrategia en la que la tamización, la valoración y el tratamiento ablativo se realizan en un mismo contacto, en zonas de difícil acceso.
Colposcopia	Examen del cuello uterino con magnificación, que permite dirigir la toma de biopsia. Es el procedimiento de confirmación tras una tamización positiva.
ASC-US	Células escamosas atípicas de significado indeterminado. Hallazgo citológico que se considera positivo para efectos de la conducta.
LEI de bajo y de alto grado	Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEI-BG) y de alto grado (LEI-AG), categorías del Sistema Bethesda.
Crioterapia y ablación térmica	Tratamientos ambulatorios que destruyen la lesión precancerosa mediante frío o calor, aplicables cuando la lesión cumple criterios de elegibilidad.
Búsqueda activa	Conjunto de acciones para localizar a una mujer que no regresó por su resultado o que no asistió a un procedimiento indicado.

5. MARCO NORMATIVO

Norma	Contenido relevante
Resolución 3280 de 2018 — MSPS, modificada por la Resolución 276 de 2019	Norma eje de este protocolo. Adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud, que define los esquemas de tamización de cáncer de cuello uterino por grupo de edad, la conducta ante cada resultado, los tiempos de oportunidad y el talento humano autorizado.
Orientaciones para la incorporación de la autotoma en la tamización con ADN-VPH — MSPS	Complementan la Resolución 3280 de 2018. Definen la población priorizada para autotoma, los dispositivos aceptados, la conservación y el envío de la muestra, la oportunidad del resultado y la conducta ante resultados positivos en población urbana y rural dispersa.
Ley 1384 de 2010 (Ley Sandra Ceballos)	Acciones para el control integral del cáncer en la población colombiana; define el cáncer como enfermedad de interés en salud pública y prioriza la detección temprana.
Ley 1388 de 2010	Derecho a la vida de los niños con cáncer; marco general del control del cáncer en el país.
Resolución 1383 de 2013 — MSPS	Adopta el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia.
Resolución 1419 de 2013 — MSPS	Parámetros y condiciones para la organización y gestión integral de las redes de prestación de servicios oncológicos y de las unidades funcionales.
Ley 1751 de 2015 (Estatutaria de Salud)	Derecho fundamental a la salud; prohibición de barreras administrativas que limiten el acceso a la tamización, al diagnóstico o al tratamiento.
Lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra el VPH — MSPS	Esquema vigente de vacunación contra el virus del papiloma humano; prevención primaria complementaria a la tamización.
Resolución 2765 de 2025 — MSPS	Servicios y tecnologías financiados con recursos de la UPC para la vigencia 2026, marco para la disponibilidad de las pruebas de tamización.
Resolución 3100 de 2019 — MSPS	Condiciones de habilitación de los servicios de toma de muestras, laboratorio y consulta especializada.
Resolución 1995 de 1999 — MSPS	Manejo de la historia clínica; soporte del registro de la tamización, del resultado y de la búsqueda activa.
Protocolos de vigilancia en salud pública — INS	Notificación obligatoria de los casos confirmados por histopatología conforme al protocolo vigente.

6. RESPONSABILIDADES

Rol	Responsabilidad
Gerencia de la E.S.E.	Adoptar el protocolo, garantizar insumos, convenios con los laboratorios y con el prestador de colposcopia, y responder ante los entes de control.
Coordinación médica	Verificar la adherencia al protocolo y resolver los casos en los que la remisión o el resultado se demoren más allá de los plazos.
Profesional que toma la muestra	Realizar la consejería previa, tomar la muestra con técnica correcta, rotularla, registrar la toma y explicar cuándo y dónde reclamar el resultado.
Referente de salud sexual y reproductiva	Mantener el registro nominal de la cohorte, verificar el retorno de resultados, liderar la búsqueda activa y consolidar los indicadores.
Laboratorio clínico institucional	Verificar la calidad de la muestra, remitirla al laboratorio de procesamiento y registrar la fecha de envío y de retorno del resultado.
SIAU / Atención al usuario	Entregar los resultados, programar las citas de colposcopia y de control, y realizar el contacto telefónico de la búsqueda activa.
Referencia y contrarreferencia	Gestionar con la EPS la colposcopia y las valoraciones especializadas dentro de los plazos, y documentar toda negativa o demora.
Equipos extramurales y Equipos Básicos de Salud	Identificar mujeres nunca tamizadas en el territorio, ofrecer la autotoma, realizar búsqueda activa domiciliaria y entregar resultados.
Coordinador(a) del PAI institucional	Garantizar la vacunación contra el VPH en la población objeto y articularla con las acciones de tamización.
Calidad y Seguridad del Paciente	Auditar historias clínicas y registros, calcular indicadores y gestionar las barreras reportadas.

Eventos Precursores

El Cáncer Cervicouterino se debe a la persistencia de los tipos de VPH carcinogénicos. El 90% de los canceres cervicouterino son cánceres de células escamosas y se inician en la zona de transformación del exocérvix; el 10% restante son adenocarcinomas que surgen en la capa cilíndrica glandular del endocérvix.

En la historia natural del cáncer cérvico uterino este pasa por alteraciones que van desde la Lesión Intraepitelial (LIE) hasta el cáncer invasor en un período que dura entre 10 y 20 años.

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) es un paso necesario para la presentación de prácticamente todas las lesiones precancerosas y cancerosas. En algunos estudios epidemiológicos se demuestra, de modo convincente, que el principal factor de riesgo del carcinoma pre invasivo o invasivo de cuello uterino es la infección por el VPH, que sobrepasa, en gran medida, otros factores de riesgo conocidos.

La infección transitoria por el VPH es frecuente, en particular, en las mujeres jóvenes, mientras que el cáncer cérvico uterino es poco frecuente. La persistencia de una infección por VPH conduce a un riesgo mayor de lesiones precancerosas y cancerosas.

Hay múltiples subtipos de VPH que infectan a los seres humanos, los subtipos 16 y 18 son los que se han relacionado más estrechamente con la presentación de displasia de grado alto y cáncer. Los estudios indican que una infección aguda por los tipos 16 y 18 del VPH otorga un riesgo 11 a 16,9 veces más alto de que se presente rápidamente una NIC de grado alto. En estudios posteriores, se observó que la infección por el VPH 16 o 18 pronostica mejor una NIC de grado alto o una enfermedad más grave que los exámenes de detección citológicos y que la capacidad pronostica se observa hasta por 18 años después de la prueba inicial.

Hay vacunas disponibles en el mercado que atacan cepas ano genitales del VPH. Las vacunas se dirigen a niñas y mujeres jóvenes que nunca han tenido la infección por el VPH; aunque la penetración de la vacuna en el mercado ha sido moderada, se han documentado disminuciones significativas de las enfermedades relacionadas con el VPH.

7. CLASIFICACION

Existen más de 200 tipos de VPH y aproximadamente 40 infectan el epitelio anogenital. El VPH se clasifica según su potencial oncogénico:

1. Alto riesgo (high risk, HR, en inglés): son oncogénicos y están asociados al cáncer.
2. Bajo riesgo: generalmente causan las verrugas y raramente evolucionan a cáncer.
3. Riesgo intermedio: riesgo oncogénico intermedio.

VPH de alto riesgo	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, 82
VPH de riesgo intermedio	26, 53, 66
VPH de bajo riesgo	6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81

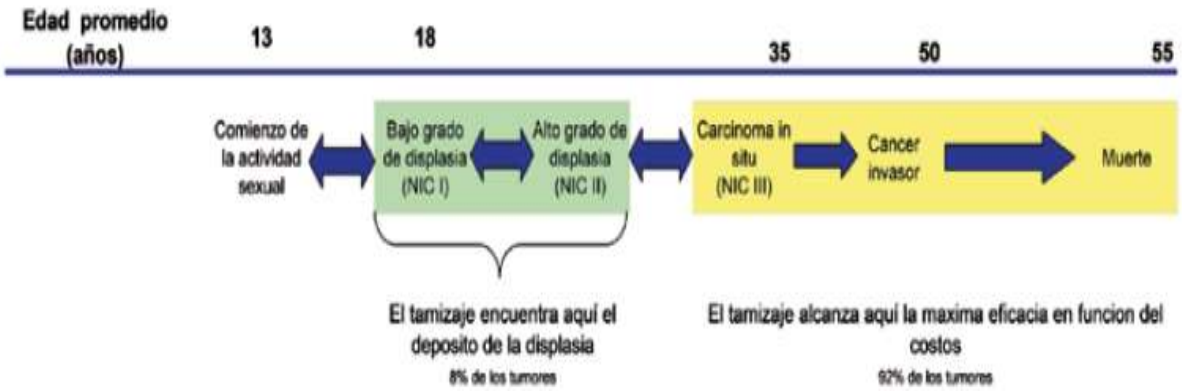
El VPH 16 causa aproximadamente 55% de cáncer cervicouterino y el VPH 18 el 15% (total 70%). El resto es causado por los otros tipos de alto riesgo.

Tumorogénesis

La primera causa de progresión a cáncer es la persistencia de la infección por un período de años por al menos con un tipo de VPH de alto riesgo.

La infección del VPH se elimina espontáneamente en un 90% en un lapso de 12-24 meses debido a la inmunidad natural. Las infecciones que persisten tienen un alto riesgo.

Ilustración 2 Tumorogénesis



Las lesiones de bajo grado del cérvix o NIC I desaparecen en un 80 – 90% y las lesiones de alto grado NIC III desaparecen espontáneamente en un 60%.

Su incubación no se conoce el mecanismo exacto y el tiempo 4-6 semanas hasta 8 meses, el VPH entra a través de la superficie del epitelio, infecta las células basales y puede permanecer latente (sin replicación durante semanas o años), solamente el virus productivo se asocia a cambios citológicos e histológicos.

Existe una amplia gama de lesiones las cuales pueden expresarse de la siguiente forma:

- **Clínica:** son las que se observan a simple vista llamadas Condilomas.
- **Subclínica:** se evidencian solamente bajo la evaluación del médico con el uso del Colposcopio, el IVAA/Lugol, test de ADN del VPH.
- **Latente:** es la forma que esta sin replicación, como portador sano.

Cuando el virus del papiloma humano afecta el epitelio escamoso o glandular del cuello uterino se le clasifica en base a su historia natural:

- **En epitelio escamoso:**
  - **Lesiones de bajo grado:** Es una lesión intraepitelial del epitelio escamoso, que muestra manifestaciones clínicas, cambios citológicos e histológicos asociados a infección por el virus del papiloma humano. Presenta bajo riesgo de convertirse en cáncer en el futuro. Incluye la displasia leve y NIC I.
  - Se caracterizan principalmente por coilocitosis, proliferación de las células basales y parabasales del epitelio escamoso, mitosis que abarca el tercio inferior del mismo.
  - **Lesiones de alto grado:** proliferación de las células basales y parabasales del epitelio escamoso, mitosis que abarca el tercio medio y superior del mismo, sin romper la membrana basal.
  - **Carcinoma invasor:** Tumor epitelial invasivo, compuestos de células escamosas, con varios grados de diferenciación. Los subtipos más frecuentes son el queratinizante y no queratinizante.

- **Alteraciones glandulares:**
  - Atipia Glandular sin otra Especificación (Nos).
  - Atipia Glandular no se descarta neoplasia endocervical.
  - Atipia Glandular no se descarta neoplasia endometrial.
  - Adenocarcinoma In situ (AIS).
  - Adenocarcinoma invasor.

8. FACTORES DE RIESGO

No todas las mujeres que se infectan con los tipos de riesgo elevado de VPH desarrollarán el cáncer de cuello del útero. Se estima que el 70% a 90% de mujeres eliminan la infección espontáneamente en los siguientes 2 años de adquirida.

El virus de Papiloma humano es una condición necesaria pero no suficiente en la génesis de las lesiones intraepiteliales y el cáncer, habiéndose identificado cofactores, los cuales favorecen la persistencia y la progresión de la infección, los factores de riesgo establecidos son:

Inicio de vida sexual a temprana edad

Las mujeres que iniciaron su vida sexual a edad muy temprana y tuvieron su primer embarazo a término a la edad de 17 años o menos, son casi dos veces más propensas a llegar a tener cáncer cérvico uterino posteriormente en la vida que las que tuvieron su primer embarazo a los 25 años o después.

Múltiples parejas sexuales

Las relaciones sexuales con varias parejas constituyen uno de los principales factores de riesgo para la infección por VPH, ya que se tiende a adquirir múltiples tipos de virus.

Paridad

Las mujeres que han tenido tres o más embarazos a término (completos) tienen un riesgo aumentado de padecer cáncer cervicouterino. Una teoría consiste en que estas mujeres pudieron haber tenido relaciones sexuales (coito) sin protección para quedar embarazadas, por lo que pudieron haber estado más expuestas al VPH. algunos estudios han indicado que los cambios hormonales durante el embarazo podrían causar que las mujeres sean más susceptibles a infección con VPH o crecimiento tumoral. las mujeres embarazadas tienen sistemas inmunológicos comprometidos, lo que permite la infección con VPH y crecimiento

Tumoral

susceptibles a infección con VPH o crecimiento tumoral. las mujeres embarazadas tienen sistemas inmunológicos comprometidos, lo que permite la infección con VPH y crecimiento tumoral.

Tabaquismo

Las fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidades respecto a las no fumadoras de padecer cáncer cérvico uterino. Se han detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Los investigadores creen que estas sustancias dañan el ADN de las células en el cuello uterino y pueden contribuir al origen del cáncer cérvico uterino.

Además, fumar hace que el sistema inmunológico sea menos eficaz en combatir las infecciones con VPH.

Enfermedades de transmisión sexual: ejemplo chlamydia

Algunos estudios han indicado que las mujeres cuyos resultados de análisis de sangre muestran evidencia de una infección pasada o actual con chlamydia trachomatis tienen mayor riesgo de cáncer cérvico uterino que las mujeres con un análisis de sangre normal.

Otras infecciones (como: VIH, citomegalovirus, herpes virus tipo II)

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH o HIV, en inglés), causa daño al sistema inmunológico y ocasiona que las mujeres estén en un mayor riesgo de infecciones con VPH. Esto podría explicar por qué las mujeres con Sida (Aids) tienen un mayor riesgo de cáncer cérvico uterino.

El sistema inmunológico es importante para destruir las células cancerosas, así como para retardar su crecimiento y extensión. En las mujeres infectadas con VIH, una lesión intraepitelial del cuello uterino puede transformarse en un cáncer invasivo con mayor rapidez de la normal.

Infección por múltiples cepas de Virus del papiloma de alto riesgo

Pacientes que son portadoras de múltiples cepas tienen mayor riesgo de presentar persistencia y mayor progresión de las lesiones intraepiteliales

Desnutrición

Una dieta baja en antioxidantes, ácido fólico y vitamina C favorece la persistencia de la infección y la evolución de las lesiones intraepiteliales cervicales hasta el cáncer cérvico uterino inclusive.

Anticonceptivos

Existe evidencia de que el uso de píldoras anticonceptivas por períodos prolongados aumenta el riesgo de cáncer cérvico uterino. La investigación sugiere que el riesgo de cáncer cérvico uterino aumenta mientras más tiempo una mujer tome las píldoras, pero el riesgo se reduce nuevamente después de suspender las píldoras. En un estudio, el riesgo de cáncer cervicouterino se duplicó en las mujeres que tomaron píldoras anticonceptivas por más de 5 años, pero el riesgo regresó a lo normal después de 10 años de haber dejado de tomarlas.

Esto fue estudiado ampliamente por un grupo de expertos de la OMS, que concluyó que los grandes beneficios de la utilización de un método anticonceptivo muy eficaz para prevenir los embarazos inesperados e indeseados (con la consiguiente prevención de la morbilidad y las mortalidades asociadas a esos embarazos) exceden con creces el potencial extremadamente pequeño de un mayor riesgo de cáncer cérvico uterino que puede resultar de la utilización de anticonceptivos orales. Por lo tanto, no se debe desanimar o impedir la utilización de anticonceptivos orales, ya que no favorece el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer.

Cuadro Clínico

- **Asintomático**

Las pacientes con lesión intraepitelial cervical suelen permanecer asintomáticas. Cuando los síntomas se presentan, por lo general son provocados por alguna infección vaginal asociada, la única manera de descubrir en esta etapa estas lesiones es por medio de las diferentes estrategias de tamizaje como la citología, IVAA, prueba de ADN del VPH.

- **Sintomático**

Es hasta que está desarrollado el cáncer cérvico uterino que muchas pacientes tienen una secreción profusa mal oliente y se acompaña de sangrados transvaginal desde leves hasta severos, en especial cuando la enfermedad está avanzada.

- **Complicaciones**

En los últimos estadios presenta síntomas vesicales y rectales. Cuando afecta las raíces nerviosas lumbosacras y ciáticas, la pared pelviana lateral, el dolor pelviano irradiado a la

pierna se vuelve muy intenso y es indicativo de enfermedad avanzada. El edema de los miembros inferiores, también indica obstrucción tumoral del drenaje linfático.

9. DIAGNOSTICO

La detección Temprana, han contribuido de manera significativa a la reducción de la morbilidad y mortalidad, pues el diagnóstico precoz ofrece la posibilidad de tratamiento exitoso un menor costo económico y social.

En Colombia se dispone de tres métodos de tamizaje para mujeres que ya iniciaron vida sexual; para cada una de estas tecnologías se han establecido grupos etarios de focalización con el objetivo de ampliar cobertura en estas edades por su mayor riesgo de desarrollar una lesión intraepitelial o cáncer cervicouterino debido a la prevalencia, persistencia y progresión de la infección por el virus del papiloma humano.

- **Prueba de ADN de VPH** de 30 a 65 años.
- **Citología cervical** de 25 a 29 años.
- **Inspección Visual** de 30 a 50 años

Diagnóstico Presuntivo

Tamizaje con Prueba de ADN de VPH

El tamizaje con pruebas de detección ADN del VPH se realizará a mujeres que ya han iniciado la vida sexual, previa consejería, en sus dos modalidades: Autotoma (muestra vaginal) y toma por personal de salud (muestra cervical o vaginal) con énfasis en:

Criterios de exclusión para tamizaje con prueba de ADN de VPH

- ✓ No haber iniciado vida sexual.
- ✓ Embarazo.
- ✓ Sangrado intenso.

10. ESQUEMAS DE TAMIZACIÓN

El esquema depende de la edad de la usuaria y de su lugar de residencia. La institución verifica el estado de tamización de toda mujer que consulte por cualquier motivo y, si le corresponde la prueba, se la ofrece en ese mismo contacto.

Ilustración 3 Esquemas de tamización según la edad y el lugar de residencia.



7.1. MUJERES DE 25 A 29 AÑOS

- Prueba: citología de cuello uterino, convencional o en base líquida.
- Esquema 1 – 3 – 3: si la primera citología es negativa, se repite al año; si la segunda también es negativa, se continúa cada tres años.
- Se considera resultado positivo todo hallazgo de ASC-US o mayor, o de LEI de bajo grado o mayor.

7.2. MUJERES DE 30 A 65 AÑOS

- Prueba: detección de ADN de VPH de alto riesgo. Es la estrategia principal de tamización de la institución.

- Esquema 1 – 5 – 5: ante resultado negativo, la siguiente prueba se realiza a los cinco años.
- En el mismo momento de la toma de la prueba de ADN-VPH se toma también una muestra para citología, que solo se procesa si el ADN-VPH resulta positivo. Esto evita que la mujer deba regresar para una segunda toma.

7.3. MUJERES DE 30 A 50 AÑOS EN ZONAS DE DIFÍCIL ACCESO

- Técnicas de inspección visual con ácido acético y Lugol, con esquema 1 – 3 – 3 ante resultados negativos.
- Alternativamente, prueba rápida de ADN-VPH con estrategia de «ver y tratar».
- Solo puede realizarse por profesional de medicina o enfermería entrenado y certificado en la técnica y en crioterapia inmediata.

7.4. TALENTO HUMANO AUTORIZADO PARA LA TOMA

Prueba	Quién puede tomarla
Citología y prueba de ADN-VPH	Profesional de medicina, de enfermería, de bacteriología, citohistotecnólogo certificado o, en zonas sin personal profesional disponible, técnico auxiliar entrenado y certificado.
Autotoma	La propia usuaria, orientada por personal de salud entrenado, que puede ser de medicina, enfermería, auxiliar o promotor de salud.
Técnicas de inspección visual	Únicamente profesional de medicina o de enfermería entrenado y certificado en la técnica y en crioterapia inmediata.

11. TOMA DE LA MUESTRA

Ilustración 4 Toma Exocervical

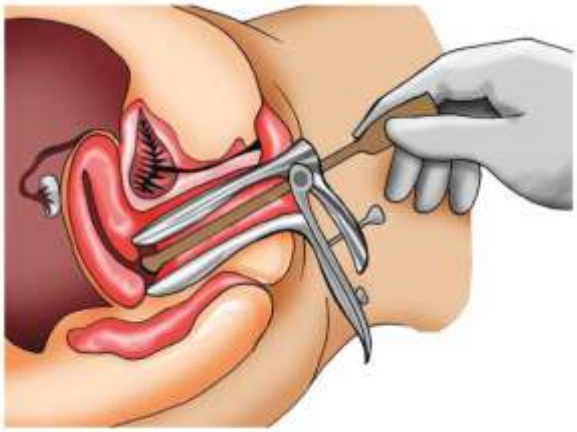
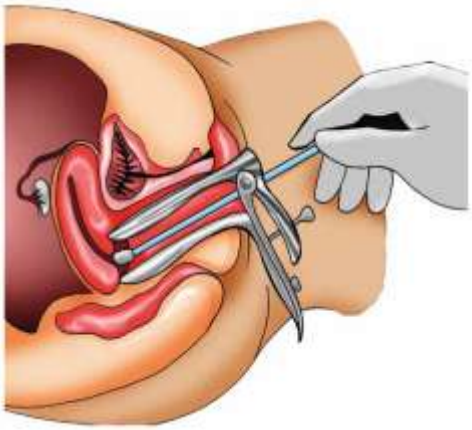


Ilustración 5 Toma endocervical



8.1. CONSEJERÍA PREVIA

- Explicar en qué consiste la prueba, qué detecta y qué no detecta.
- Aclarar de manera explícita que un resultado de VPH positivo no significa cáncer: indica una infección que en la mayoría de los casos se resuelve sola, y que requiere seguimiento.
- Informar cuándo, dónde y cómo reclamará su resultado, y dejar constancia del dato de contacto verificado.
- Advertir que si la institución la llama, debe regresar.
- Registrar la consejería en la historia clínica.

8.2. CONDICIONES PREVIAS A LA TOMA

- Idealmente sin menstruación activa, aunque la presencia de sangrado no obliga a diferir la prueba de ADN-VPH.

- Sin duchas vaginales, óvulos, cremas vaginales ni relaciones sexuales en las 48 horas previas, cuando ello sea posible.
- La gestación no contraindica la toma de la muestra de tamización, pero sí modifica la conducta ante resultados positivos, que se define con el especialista.
- En ningún caso se aplaza la tamización por no cumplirse una condición ideal en una mujer que difícilmente podrá regresar.

8.3. TÉCNICA DE TOMA

- Rotular la lámina o el vial antes de iniciar, con los datos completos de la usuaria.
- Realizar la toma bajo condiciones de asepsia, con visualización adecuada del cuello uterino.
- Obtener la muestra del exocérvix y del endocérvix con el dispositivo correspondiente, según el laboratorio de procesamiento.
- En las mujeres de 30 a 65 años, tomar en el mismo acto la muestra para ADN-VPH y la muestra para citología.
- Fijar o conservar la muestra según la técnica utilizada y remitirla al laboratorio dentro del plazo definido en el convenio.
- Registrar la toma en la historia clínica y en el registro nominal de la cohorte.

12. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE CITOLOGÍA

Conducta a seguir según los resultados de citología cervical en el primer nivel de atención.

- Cuando el reporte de la citología es NO HAY EVIDENCIA DE LESION INTRAEPITELIAL Y DE CELULAS MALIGNAS, el establecimiento de salud le hará entrega del mismo, brindando consejería, es de suma importancia motivar a las mujeres para que cumplan con regularidad sus citas de acuerdo a la frecuencia de toma de citología por rango de edad definidos en el inciso de procedimientos de la presente normativa.

- Cuando el material es insuficiente o inadecuado para el diagnóstico y se reporta la citología como INSATISFACTORIA deberá repetirse la muestra en 3 meses.

- Si la citología reporta NO HAY EVIDENCIA DE LESION INTRAEPITELIAL Y DE CELULAS MALIGNAS, pero se reporta ausencia de Células Endocervicales/Zona de Transformación, se decidirá si se repite la citología en 12 meses o a los 3 años, si no tiene antecedentes de lesión.

- Si la citología reporta NO HAY EVIDENCIA DE LESION INTRAEPITELIAL Y DE CELULAS MALIGNAS, pero se reporta ausencia de Células Endocervicales/Zona de Transformación, se repetirá la citología en un período no menor de 3 meses si hay antecedentes de lesión.

- Si la citología en mujeres mayores de 25 años reporta ATIPIA ESCAMOSA (ASC-US) y LIE DE BAJO GRADO por primera vez, deben ser seguidas con otra citología en 12 meses y si persiste dicha alteración realizar colposcopía. Si se confirma lesión de bajo grado hacer tratamiento ablativo. En caso de ser negativo continuar seguimiento con citología cada 3 años.

- Si la citología en mujeres menores de 25 años reporta ATIPIA ESCAMOSA (ASC-US) y LIE DE BAJO GRADO por primera vez, pueden ser seguidas con otra citología en 12 meses por dos años y si persiste referir a colposcopía, y si se confirma que es una lesión de bajo grado o negativa dar seguimiento cada 3 años con citología.

- Casos en que la citología reporta alteración como: ASC-H, AGC Y LIE DE ALTO GRADO, CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS, deben ser referidos para evaluación por el médico ginecólogo/a, quien realizará su evaluación colposcópica y tratamiento según edad

Citología anormal en el Embarazo

- Embarazadas con citología que reporta algún tipo de alteración relacionada con las Lesiones Intraepitelial, se remitirá inmediatamente al ginecólogo/a para valorar si es necesario realizar colposcopia.

- En general no se toma biopsia, a menos que haya sospecha de invasor, la que debe ser realizada por personal experimentado, no se deberá realizar legrado endocervical.

- De confirmarse la presencia de la lesión se dejará en observación, durante todo el embarazo, en el único caso que estaría indicada la conización diagnóstica, es ante la sospecha de invasor, la cual se realizará en el segundo trimestre de la gestación.

- Pudiendo tener el parto vía vaginal y recurriendo a la cesárea sólo si hay indicación obstétrica.

- Se realiza nueva valoración con colposcopia 12 semanas después del parto, definiendo la conducta de acuerdo a los hallazgos (categoría B-ll).

Resultado Negativo

- ✓ Cuando no se observa lesión o mancha blanca (acetoblanco) en la unión escamocolumnar
- ✓ del cuello uterino.
- ✓ Presenta Mancha blanca tenue de bordes mal definidos o tipo moteado.
- ✓ Línea blanca tenue en la unión escamo-columnar.
- ✓ Epitelio acetoblanco lejos de la zona de transformación o que desaparece rápidamente.
- ✓ Se brinda consejería y se explica que volverá a realizarse la prueba en tres años

Ilustración 6 Resultado negativo





Resultado Positivo

Lesión o mancha blanca de bordes bien definidos localizada en o cerca de la unión escamo columnar, las manchas que después de aplicado el ácido acético se tiñen rápidamente y persisten por varios minutos sugiere lesiones graves, se brinda consejería y se le explica que es elegible para tratamiento ablativo inmediato y control en un año.

Ilustración 7 Resultado positivo

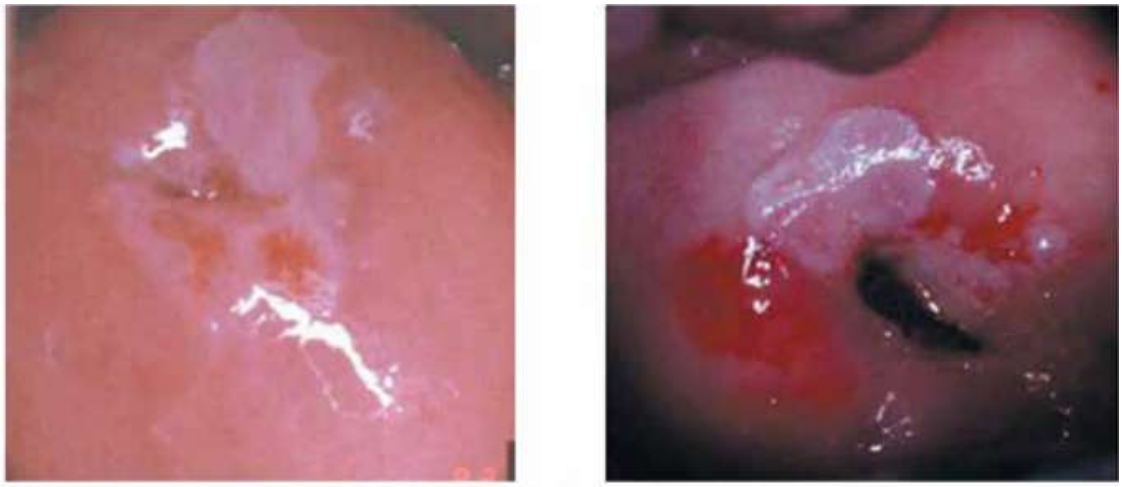


Ilustración 8 Neoplasia Cervical



8.4. MUESTRAS INSATISFACTORIAS

Toda muestra rechazada o reportada como insatisfactoria se repite de manera prioritaria: la institución contacta a la usuaria, le explica que debe repetirse la toma y le asigna cita, sin que ello afecte los plazos de oportunidad que se cuentan desde la nueva toma.

13. AUTOTOMA PARA LA PRUEBA DE ADN-VPH

La autotoma no es una versión menor de la tamización: es la estrategia que permite llegar a las mujeres que de otro modo no se tamizarían nunca. Elimina el examen pélvico, que para muchas es la principal razón para no acudir.

Ilustración 9 Pasos de la autotoma y población priorizada



9.1. CÓMO SE IMPLEMENTA EN LA INSTITUCIÓN

- Se ofrece de manera sistemática en las jornadas extramurales y en la consulta a toda mujer de la población priorizada.
- El personal entrenado explica el procedimiento, entrega el dispositivo y garantiza un espacio privado y tranquilo para la toma.
- Los dispositivos aceptados son el hisopo seco o el cepillo de autotoma, según el laboratorio de procesamiento y la disponibilidad institucional.
- La muestra se conserva refrigerada, nunca congelada, hasta su transporte al laboratorio certificado.
- El laboratorio de procesamiento debe estar registrado y cumplir los estándares de control de calidad definidos.

- El resultado no puede superar los quince (15) días calendario contados desde la toma de la muestra.
- Un resultado insatisfactorio obliga a repetir la prueba, en este caso tomada por el profesional de salud.

9.2. CONDUCTA ANTE RESULTADO POSITIVO EN AUTOTOMA

- En población urbana: colposcopia y biopsia según los hallazgos, con acceso al tratamiento si se confirma la lesión.
- En población rural y rural dispersa: inspección visual con ácido acético y Lugol y, según la elegibilidad de la lesión, crioterapia o ablación térmica inmediata.
- En ambos casos se aplica la búsqueda activa para garantizar que la mujer reciba el resultado y complete la ruta.

14. CONDUCTA SEGÚN EL RESULTADO

Ilustración 10 Conducta institucional según el resultado de la tamización



14.1 PRUEBA DE ADN-VPH

Resultado	Conducta
Negativo	Se informa el resultado, se explica el significado y se programa la siguiente tamización a los cinco años, con la fecha registrada. Se refuerza la educación sobre factores de riesgo y protección.
Positivo con citología de triage negativa	Nueva prueba de ADN-VPH a los dieciocho (18) meses, con cita programada, informada y registrada. Se explica a la mujer que no tiene lesión pero que requiere control.
Positivo con citología de triage positiva	Remisión a colposcopia en un plazo máximo de treinta (30) días, con cita gestionada por la institución y soporte entregado a la usuaria.
Insatisfactorio	Repetición prioritaria de la toma, contactando a la usuaria.

14.2 Citología (25 a 29 años)

Resultado	Conducta
Negativa para lesión intraepitelial o malignidad	Se continúa el esquema 1 – 3 – 3 con la fecha de la siguiente citología registrada.
ASC-US o mayor, o LEI de bajo grado o mayor	Se considera resultado positivo: consulta de valoración por medicina o enfermería en un plazo de una a dos semanas y remisión a colposcopia en un máximo de treinta (30) días.
Sospecha de carcinoma infiltrante	Valoración y remisión en un plazo máximo de una (1) semana. No se espera ningún otro resultado ni autorización.
Insatisfactoria	Repetición prioritaria de la toma.

<u>Una lesión visible no espera una citología</u>

Cuando en el examen se observe una lesión sospechosa en el cuello uterino, o la mujer refiera sangrado poscoital, sangrado intermenstrual persistente o flujo fétido persistente, la conducta es la remisión para valoración especializada en un plazo máximo de una semana.

En ese escenario la citología no es la prueba indicada: una citología negativa no descarta un cáncer visible. La tamización es para mujeres asintomáticas.

15. ENTREGA DE RESULTADOS Y BÚSQUEDA ACTIVA

Una prueba tomada cuyo resultado nunca llegó a la mujer equivale a una prueba no realizada, con el agravante de que la institución cree haber cumplido. Por eso la entrega y la búsqueda activa son parte del procedimiento, no un trámite posterior.

Ilustración 11 Tiempos máximos de oportunidad.



11.1. REGLAS DE ENTREGA

- El resultado se entrega en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde la toma de la muestra.
- Todo resultado, negativo o positivo, se informa a la usuaria y se registra en la historia clínica.
- El resultado negativo se entrega junto con la fecha de la siguiente tamización, por escrito.
- El resultado positivo se informa en consulta, con consejería y con la cita de colposcopia o de control ya gestionada, nunca por entrega de un papel en ventanilla.

11.2. BÚSQUEDA ACTIVA

Momento	Acción
Al llegar el resultado a la institución	Se verifica contra el registro nominal de la cohorte que todos los resultados esperados hayan retornado. Se rastrea ante el laboratorio lo que no haya llegado.
Resultado positivo	Contacto telefónico el mismo día. Si no responde, se intenta en tres oportunidades en días distintos y se activa al equipo extramural.
Resultado negativo no reclamado	Contacto telefónico y, en zona rural, entrega del resultado por el equipo extramural en la siguiente visita.
Inasistencia a colposcopia	Contacto el día siguiente de la cita, reprogramación y notificación a la EPS. Se registra como caso en riesgo de pérdida.
Caso sin cierre a los 90 días	Escalamiento a la coordinación médica y a la Gerencia para gestión directa con la EPS.

Regla institucional de cierre

Ninguna mujer con resultado positivo sale del registro nominal de seguimiento hasta que exista constancia documentada de su diagnóstico y, cuando corresponda, de su tratamiento.

La responsabilidad de la institución no termina con la remisión: termina con la verificación de que la remisión se concretó.

16. ARTICULACIÓN CON LA PREVENCIÓN PRIMARIA

Ilustración 12 Las tres barreras contra el mismo cáncer.



13.1. VACUNACIÓN CONTRA EL VPH

- La institución verifica y completa el esquema de vacunación contra el VPH en la población objeto definida por el Programa Ampliado de Inmunizaciones.
- Según los lineamientos vigentes, el esquema es de dosis única para la población inmunocompetente, con esquema de dos dosis en población inmunosuprimida.
- Toda consulta de una adolescente o joven es una oportunidad para verificar el carné y aplicar la vacuna si está pendiente.
- Se informa a las familias que la vacunación no sustituye la tamización futura.

13.2. EDUCACIÓN Y REDUCCIÓN DE RIESGO

- Consejería sobre el uso del condón, que reduce, pero no elimina el riesgo de transmisión del VPH.

- Información sobre el tabaquismo como factor que favorece la persistencia de la infección y la progresión de la lesión.
- Consejería a las mujeres con inmunosupresión sobre su mayor riesgo y su necesidad de seguimiento más estrecho.

13.3. CONSEJERÍA FRENTE A LOS MITOS

Las creencias erróneas son una causa frecuente de no tamización y de abandono del seguimiento. Estas respuestas hacen parte de la consejería institucional:

Ilustración 13 Crencias frecuentes y respuestas que hacen parte de la consejería.



17. BARRERAS PROHIBIDAS

- Exigir autorización de la entidad responsable de pago para tomar una prueba de tamización.

- Condicionar la toma de la prueba a la presentación de una orden médica cuando la usuaria cumple el criterio de edad.
- Negar la tamización a una mujer por no estar afiliada o por su condición migratoria.
- Aplazar la toma por condiciones ideales no cumplidas en una mujer que difícilmente podrá regresar.
- Entregar un resultado positivo sin consejería y sin cita gestionada.
- Dejar a la usuaria la gestión de su propia cita de colposcopia.
- Omitir la búsqueda activa de una mujer que no regresó por un resultado positivo.
- Negar la autotoma a una mujer que rechaza el examen pélvico, cuando cumple los criterios de priorización.
- Tamizar a mujeres menores de 25 años o continuar tamizando después de los 65 con esquemas previos adecuados, porque también es una forma de daño.

18. INDICADORES DE MONITOREO

Indicador	Fórmula	Meta	Fuente
Cobertura de tamización	(N.º de mujeres de 25 a 65 años tamizadas según su esquema / Población objeto asignada) × 100	≥ 80 %	Registro nominal
Oportunidad en la entrega de resultados	(N.º de resultados entregados ≤ 15 días desde la toma / Total de pruebas tomadas) × 100	100 %	Registro nominal
Resultados no reclamados	(N.º de resultados no entregados a los 30 días / Total de resultados disponibles) × 100	≤ 5 %	Registro nominal
Búsqueda activa de positivos	(N.º de positivos contactados ≤ 3 días del resultado / Total de positivos) × 100	100 %	Formato de búsqueda activa
Oportunidad de colposcopia	(N.º de remitidas valoradas por colposcopia ≤ 30 días / Total de remitidas) × 100	100 %	Referencia y contrarreferencia
Oportunidad ante sospecha de carcinoma	(N.º de casos con valoración y remisión ≤ 7 días / Total de casos con sospecha) × 100	100 %	Historia clínica

Muestras insatisfactorias	(N.º de muestras insatisfactorias / Total de muestras enviadas) × 100	≤ 3 %	Laboratorio
Cierre de casos positivos	(N.º de casos positivos con diagnóstico y conducta documentados / Total de casos positivos) × 100	100 %	Registro nominal
Tamización por autotoma en población priorizada	(N.º de mujeres priorizadas tamizadas por autotoma / Total de mujeres priorizadas identificadas) × 100	Tendencia creciente	Registro extramural
Cobertura de vacunación contra el VPH	(N.º de personas de la población objeto vacunadas / Población objeto) × 100	≥ 95 %	PAIWEB
Barreras resueltas	(N.º de barreras resueltas / Total de barreras registradas) × 100	100 %	Anexo 3 / Gerencia

19. ANEXO 1. LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA TAMIZACIÓN

Usuaria: _____ Documento: _____

Edad: _____

Fecha de la toma: ___/___/____ Prueba: Citología ☐ ADN-VPH ☐ Autotoma ☐

Inspección visual ☐

Ítem de verificación	Sí	No	N/A	Responsable
1. Estado de tamización previo verificado en la historia clínica				
2. Esquema correcto según edad y lugar de residencia				
3. Consejería previa realizada, incluida la aclaración de que VPH positivo no es cáncer				
4. Dato de contacto verificado y registrado				
5. Muestra rotulada antes de la toma con datos completos				
6. En 30 a 65 años: muestra para citología tomada en el mismo acto				
7. Muestra conservada y enviada según el procedimiento del laboratorio				
8. Toma registrada en historia clínica y en el registro nominal				
9. Fecha y lugar de entrega del resultado informados a la usuaria				
10. Resultado recibido dentro de los 15 días calendario				
11. Resultado entregado con consejería				
12. Si es negativo: fecha de la siguiente tamización entregada por escrito				
13. Si es positivo: cita de colposcopia gestionada y soporte entregado				
14. Búsqueda activa realizada si no reclamó el resultado				
15. Asistencia a colposcopia verificada				
16. Caso cerrado con diagnóstico y conducta documentados				

17. Esquema de vacunación contra el VPH verificado cuando aplica				
18. Barreras identificadas registradas en el Anexo 3				

Profesional Responsable

Nombre y Apellidos:

Cargo:

Firma: _____

Cra 1E No 6-38 La Jagua de Ibirico-Cesar teléfono: 5769055 hosjagua@hotmail.com

20. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018, modificada por la Resolución 276 de 2019 — Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones para la incorporación de la técnica de autotoma para la tamización con ADN-VPH.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra el virus del papiloma humano.
- Congreso de la República. Ley 1384 de 2010, Ley 1388 de 2010 y Ley 1751 de 2015.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1383 de 2013 — Plan Decenal para el Control del Cáncer, y Resolución 1419 de 2013.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2765 de 2025, Resolución 3100 de 2019 y Resolución 1995 de 1999.
- Instituto Nacional de Cancerología. Guías y recomendaciones vigentes para la tamización de cáncer de cuello uterino.
- Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública del cáncer.

21. CONTROL DE CAMBIOS

CONTROL DE CAMBIOS		
Versión	**Fecha**	**Descripción de cambios realizados**
01	30/06/2026	Creación del Protocolo de Detección Temprana de Cancer de Cuello Uterino.