

Vacunar

también es **prevenir**

CURSO

VIRTUAL GRATUITO

de **VPH**
y cánceres
asociados

3 MASTER CLASS

FEB 23 | MAR 23 | ABR 23

Bienvenida

Wilson Cubides Martínez

Médico Director Ejecutivo de la
Liga Colombiana Contra el Cáncer



Perfil Profesional

Médico cirujano, magíster en salud pública internacional y administración en salud. Consultor nacional e internacional, con experiencia de 30 años en el sector público y privado en el manejo gerencial de instituciones prestadoras y aseguradoras de servicios de salud.

Docente universitario por más de 23 años en posgrados de salud. Experto en salud pública en cáncer con amplia trayectoria en la dirección de IPS de todos los niveles de atención, así como en el diseño, montaje, dirección, desarrollo técnico y crecimiento comercial de EPS en Colombia en los regímenes contributivo y subsidiado con énfasis en programas de oncología. También, participa en el diseño, operación, mejoramiento y consolidación de entidades de aseguramiento y prestación de servicios de salud en América Latina y Estados Unidos.



Bienvenida

Carlos José
.....**Castro**

Asesor Científico de la
Liga Colombiana Contra el Cáncer



Perfil Profesional

Médico cirujano graduado de la Universidad del Rosario en Bogotá, Especialista en Medicina Interna del Hospital Militar de Bogotá, en Oncología Médica y Hematología Clínica de la British Columbia Cancer Agency y de la University of British Columbia en Vancouver, Canadá y en Hematología - Oncología de la Universidad Javeriana.

Fue Director General del Instituto Nacional de Cancerología (1998 - 2002), Viceministro de Salud (2002 - 2003), Director del Centro Javeriano de Oncología y Director del Instituto de Oncología de la Fundación Santa Fe. Director Médico y Científico de la Liga Colombiana Contra el Cáncer (2011 - 2022) representante de e-cancer para Latinoamérica, Miembro Correspondiente de la Academia Nacional de Medicina y Miembro Emérito de la Sociedad Internacional del Papiloma Virus.

.....

Curso Virtual Sincrónico

Prevención y Detección Temprana del VPH

1 FEB 23
MASTER CLASS

Introducción al VPH y
la vacunación como
estrategia de salud
pública

2 MAR 23
MASTER CLASS

Humanización,
Comunicación y
Enfoque Sociocultural
en la Vacunación

3 ABR 23
MASTER CLASS

Caja de Herramientas
Práctica para la
Promoción y
Aplicación de la
Vacuna

Curso Virtual Asincrónico en línea



<https://campusvirtual.ligacancercolombia.org>



Únete a nuestro canal de difusión de WhatsApp



..... **Marcela**
Forero

Directora del Área Social de la
Liga Colombiana Contra el Cáncer

Perfil Profesional

Salubrista de la Universidad del Rosario, Master en Comunicación de la Universidad Miguel de Cervantes de España, Doctora en Trabajo Social de Cambridge Internacional University.

Actualmente se desempeña como directora del Área Social de la Liga Colombiana Contra el Cáncer. Es docente de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad del Bosque. Cuenta con amplia experiencia en el trabajo comunitario, rehabilitación basada en la comunidad y atención primaria en salud.

Impacto Global de la Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH)

Implementación y Adopción Global

63 países han integrado la vacuna en sus esquemas nacionales.
 Esto representa el 32.5% de los países miembros de la OMS a nivel mundial.



Europa y las Américas lideran la implementación.
 El 50.9% de los países europeos y el 48.6% de los americanos han adoptado la vacuna.



9 a 14 años
Enfoque prioritario en niñas de 9 a 14 años.
 La OMS recomienda vacunar antes del inicio de la vida sexual para máxima eficacia.

Evidencia de Impacto en la Salud



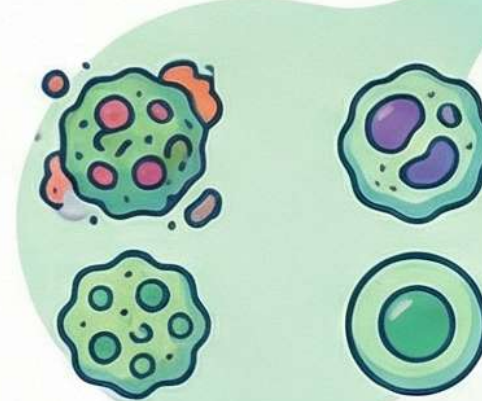
59%
Reducción masiva de verrugas genitales.
 Australia reportó una disminución del 59% en mujeres y evidencia de inmunidad de rebaño en hombres.

Verrugas Genitales:
 Reducción de hasta el 85% en tasas de tratamiento



19.1% a 6.5%
Caída en la prevalencia de los tipos 16 y 18.
 En Inglaterra, la prevalencia bajó del 19.1% al 6.5% en la era posvacunación.

Prevalencia VPH 16/18: Reducción del 56% en adolescentes (14-19 años)



80%
Disminución de lesiones precancerosas (NIC).
 Dinamarca registró una reducción del 80% en casos de NIC 2 y 3 en mujeres vacunadas.

Lesiones (NIC 3): Efectividad del 47.5% con esquema completo

CONTEXTO: Esta revisión analiza el impacto de la vacunación VPH en 63 países tras nueve años, destacando reducciones significativas en infecciones y lesiones precancerosas.

Impacto Real de la Vacunación contra el VPH: Resultados de Salud Pública Global

Reducción de Enfermedades Clínicas y Lesiones

Análisis de evidencia del mundo real tras años
de implementación en 63 países.

Descenso drástico en verrugas genitales



Mujeres:
59% reducción

En Australia (diagnosticadas)

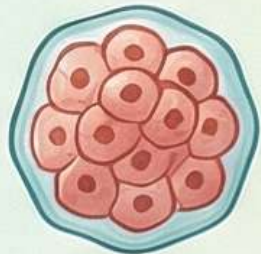


Hombres:
39% reducción

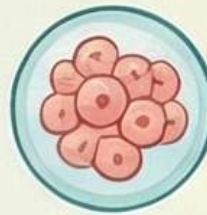
En Australia

Prevención de lesiones precancerosas (NIC)

Antes de la
Vacunación
(Niñas <18)



Incidencia 0.85%



Después

Incidencia
0.25%



Efectividad contra tipos oncogénicos: Tasas de atipia y lesiones NIC
2/3 disminuyeron hasta un 80% en poblaciones vacunadas.

Comparativa por Tipo de VPH Predominante



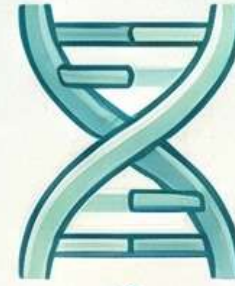
Impacto:
Causa >50% de
casos mundiales
de Cáncer Cervical
Resultado:
Reducción del **56%**
en prevalencia
(EE.UU.)



Impacto:
Causa ~20% de
casos mundiales
de Cáncer Cervical
Resultado:
Alta eficacia en
prevención de NIC 3



Impacto:
Causan verrugas
genitales
Resultado:
Reducción de hasta
85% en tasas de
tratamiento



Impacto Viral y Protección Poblacional

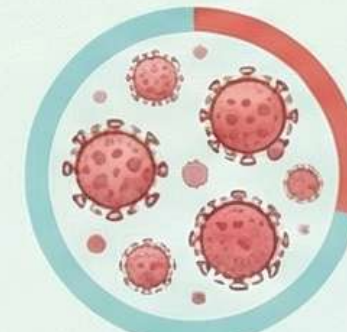
Inmunidad de Rebaño (Herd Immunity)



Se observó una prevalencia menor en mujeres no vacunadas
tras la implementación de programas nacionales.

Reducción de prevalencia en tipos 16 y 18

Antes



29%
Prevalencia
(Tipos más peligrosos,
jóvenes australianas)

Después



7%
Prevalencia

Protección Cruzada



VPH 31



VPH 33



VPH 33



VPH 45

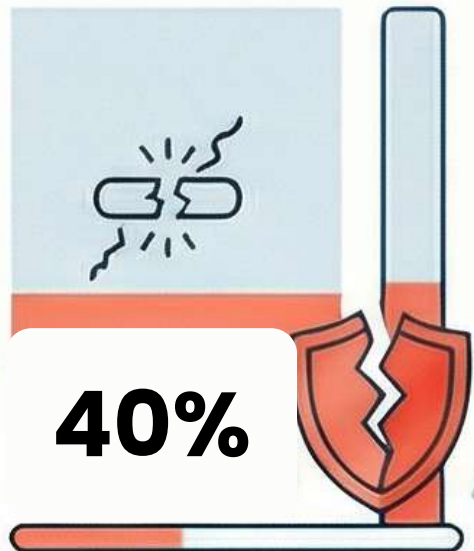
La evidencia sugiere que la vacuna también
reduce la prevalencia de tipos no vacuneles.

El Poder de la Narrativa: Transformando la Vacunación VPH en Colombia

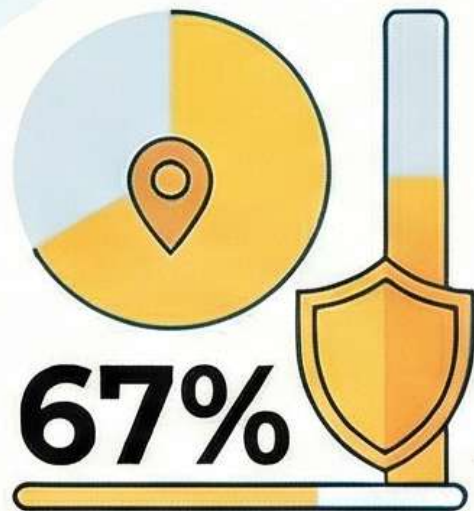
Transformar la brecha de vacunación de un desafío técnico a una estrategia de confianza social.

El Panorama Regional: Una Brecha de Confianza

Desigualdad extrema en la región



Colombia: 37% Cobertura Modelo C (Rezago): Desconfianza y fragmentación.



Perú: 67% Cobertura Modelo B (Intermedio): Liderazgo institucional.



Ecuador: 98% Cobertura Modelo A (Líder): Normalización y cercanía del mensaje.

El desafío no es la disponibilidad

La diferencia crítica reside en el liderazgo institucional y la **cercanía del mensaje**, no en la falta de suministros.

Tres niveles de desempeño

Los líderes (80-98%) normalizan; los rezagados (<60%) enfrentan desconfianza.

Modelo de las "3 Colombias": Un Marco Estratégico



Colombia Técnica (Sistema Listo)

La infraestructura y vacunas existen; el reto es no asumir que la técnica basta.

Colombia Social (Confianza Fracturada)

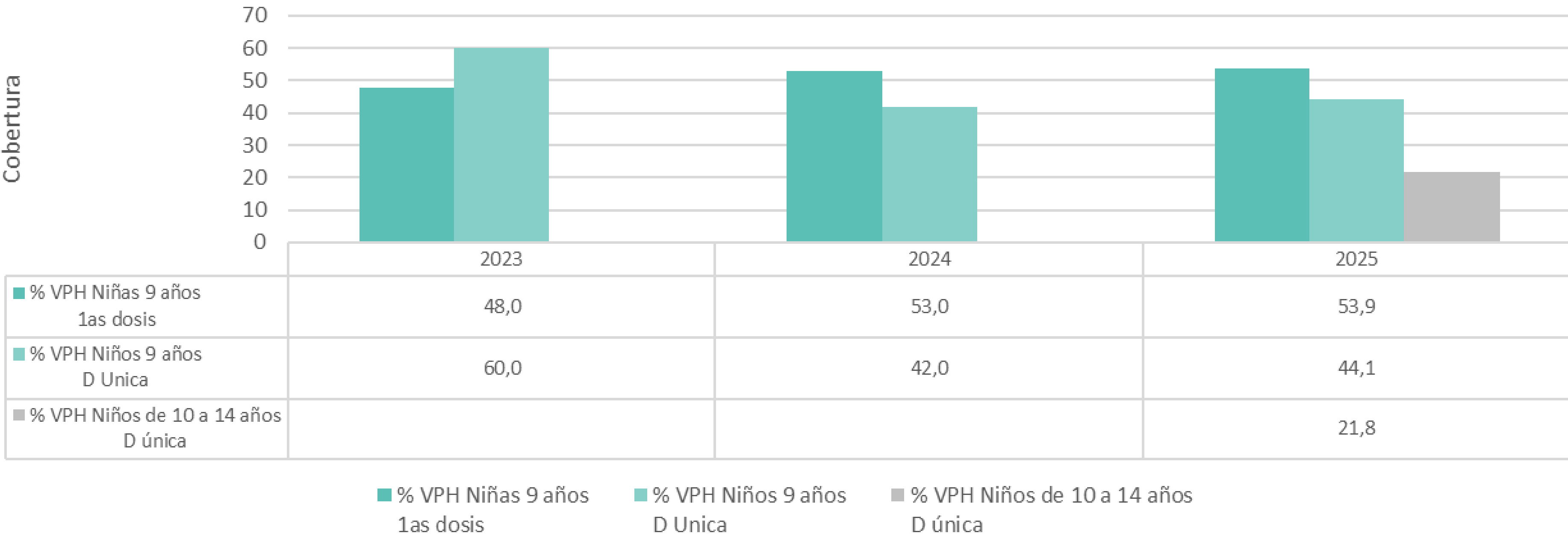
Es vital escuchar dudas y empatizar con el miedo de las familias.



Colombia Oportunidad (Movilización)

Alianzas entre escuelas y sociedad civil para lograr una generación libre de cáncer.

Cobertura de vacuna contra el VPH en niñas de 9 años y niños, adolescentes de 10 a 14 años, 2023 a 2025



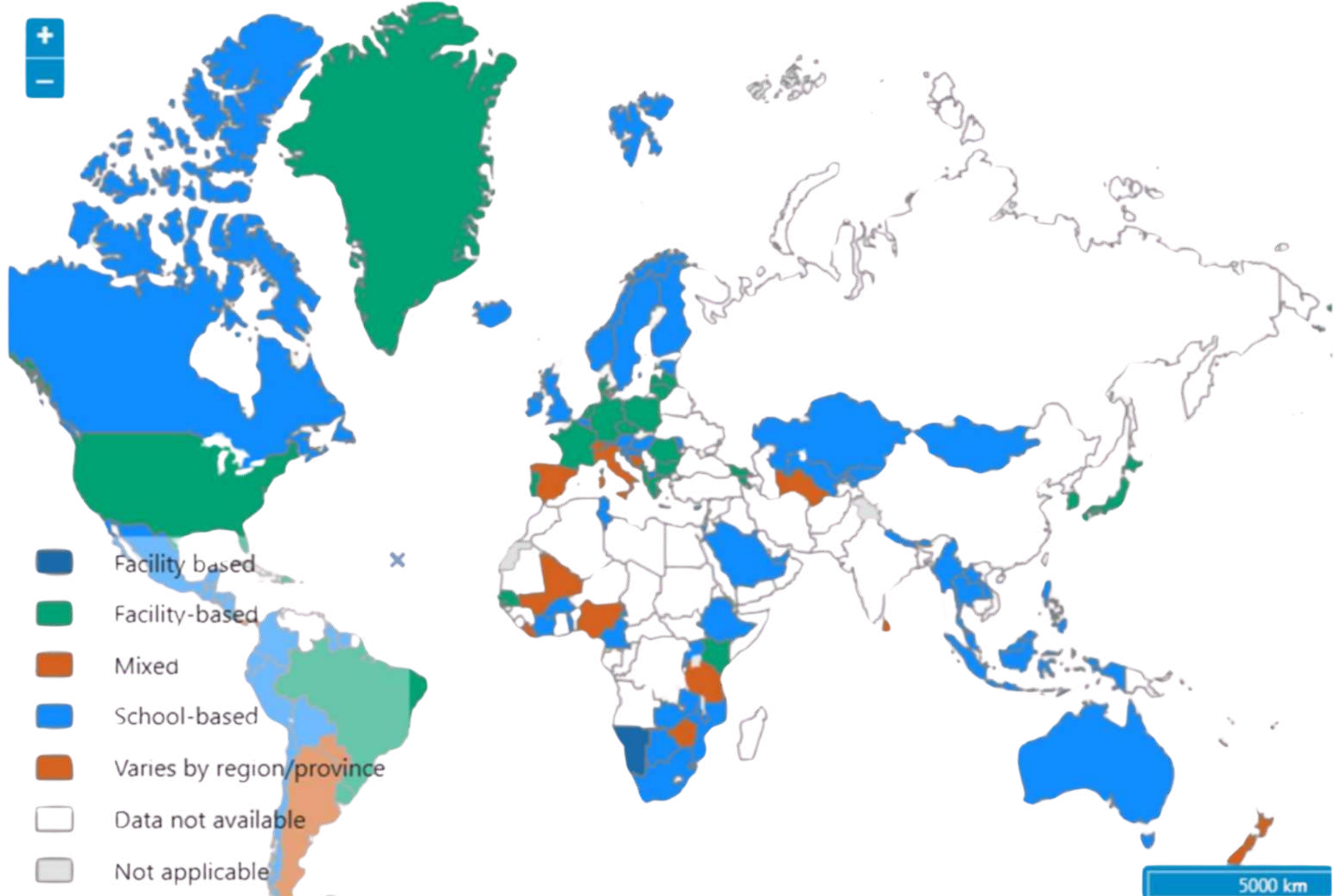
Fuente: Plantilla de reporte mensual de las ET – 2025
Fecha de corte: Diciembre de 2025
Actualizado: 23//01/2026

Estrategia principal de aplicación de la vacuna contra el VPH

132
Total countries reported

Delivery strategy	No. of countries
Facility based	1
Facility-based	29
Mixed	17
School-based	83
Varies by region/province	2

Data source: [WHO HPV Dashboard](#), accessed 12 August 2025



ABRAZAME: ALIANZA NACIONAL CONTRA EL VPH

Informar sobre el impacto crítico del VPH en Colombia y la estrategia nacional Abrázame para la vacunación.

La Urgencia de Actuar: El Impacto del VPH

7 muertes diarias en Colombia

El cáncer de cuello uterino registra una mortalidad anual de aproximadamente 2,490 mujeres colombianas.



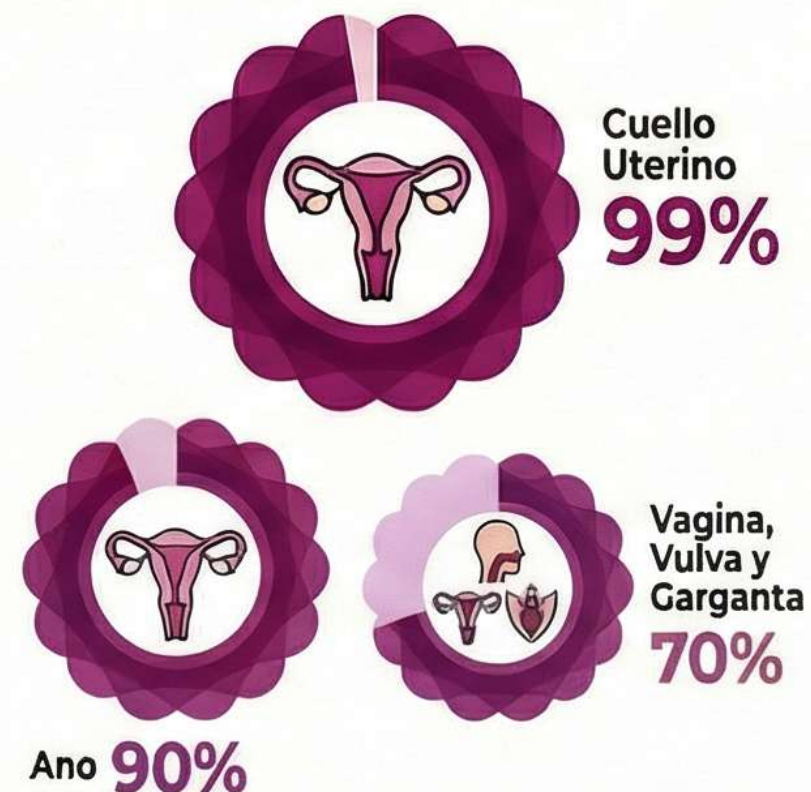
Factores de riesgo modificables



Un virus que no distingue género



Atribución del VPH a Tipos de Cáncer



Alianza Abrázame: Nuestra Mejor Defensa

Vacunación gratuita y efectiva

Disponible para niñas de 9 a 17 años y niños de 9 años en todo el país.



Meta 2030: Eliminar el cáncer cervical



La alianza busca movilizar al sector salud, educación y medios para garantizar cobertura nacional.

Cuatro frentes de trabajo





Un abrazo que hace historia



CURSO
VIRTUAL GRATUITO

de **VPH**
y cánceres
asociados

Dr. William Cabra

Médico especialista en Pediatría con experiencia en atención integral de niños y adolescentes, manejo de patologías agudas y crónicas, control de crecimiento y desarrollo, y orientación a padres en promoción y prevención de la salud infantil. Profesional con habilidades en trabajo interdisciplinario y atención humanizada. Miembro de la Sociedad Colombiana de Pediatría. Médico voluntario de la Liga Colombiana Contra el Cáncer.



PREGUNTAS

- ¿Porque vacunar a los niños y niñas entre los 9 y los 17 años?
- Si un cuidador o cuidadora nos dice que prefiere esperar a que su hija/o sea mayor, ¿Cómo deberíamos responder desde la evidencia?
- ¿Como incluir la vacuna de VPH en el esquema de vacunación cuando se recomienda a las familias vacunar?
- ¿Existe alguna recomendación especial para la aplicación de esta vacuna?
- Mensaje para los niños y niñas para impulsar la vacunación

ACTIVIDAD VERDADERO O FALSO

1. Los tipos de VPH de mayor riesgo son el 16 y el 18.
2. La vacuna Nonavalente protege contra 6 tipos de virus.
3. La protección de la vacuna contra el VPH es una defensa a corto plazo que protege a las personas por un tiempo limitado.
4. La vacuna de VPH es solo para mujeres.
5. La vacuna contra el VPH es segura porque ha sido aplicada a más de 2,5 millones de personas en todo el mundo sin efectos graves.

CURSO

VIRTUAL GRATUITO

de **VPH**
y cánceres
asociados

Dra. Catherin Salazar

Médica especialista en Ginecología Oncológica de la Universidad Militar Nueva Granada, con experiencia en el Instituto Nacional de Cancerología. Cuenta con Diplomado en Colposcopia y Patología del Tracto Genital Inferior por la Universidad Nacional San Luis Gonzaga (Lima, Perú). Es miembro activo de la Asociación Colombiana de Ginecólogos Oncólogos. Su ejercicio profesional se fundamenta en la atención integral, el diagnóstico oportuno y el acompañamiento humano de mujeres con patología ginecológica oncológica.



Vacunación contra el VPH:

Tu escudo contra el Cáncer

Dra. Catherin Salazar
Ginecóloga Oncóloga



Acevedo



Tarqui

Dra. Catharin Salazar
Ginecóloga Oncóloga

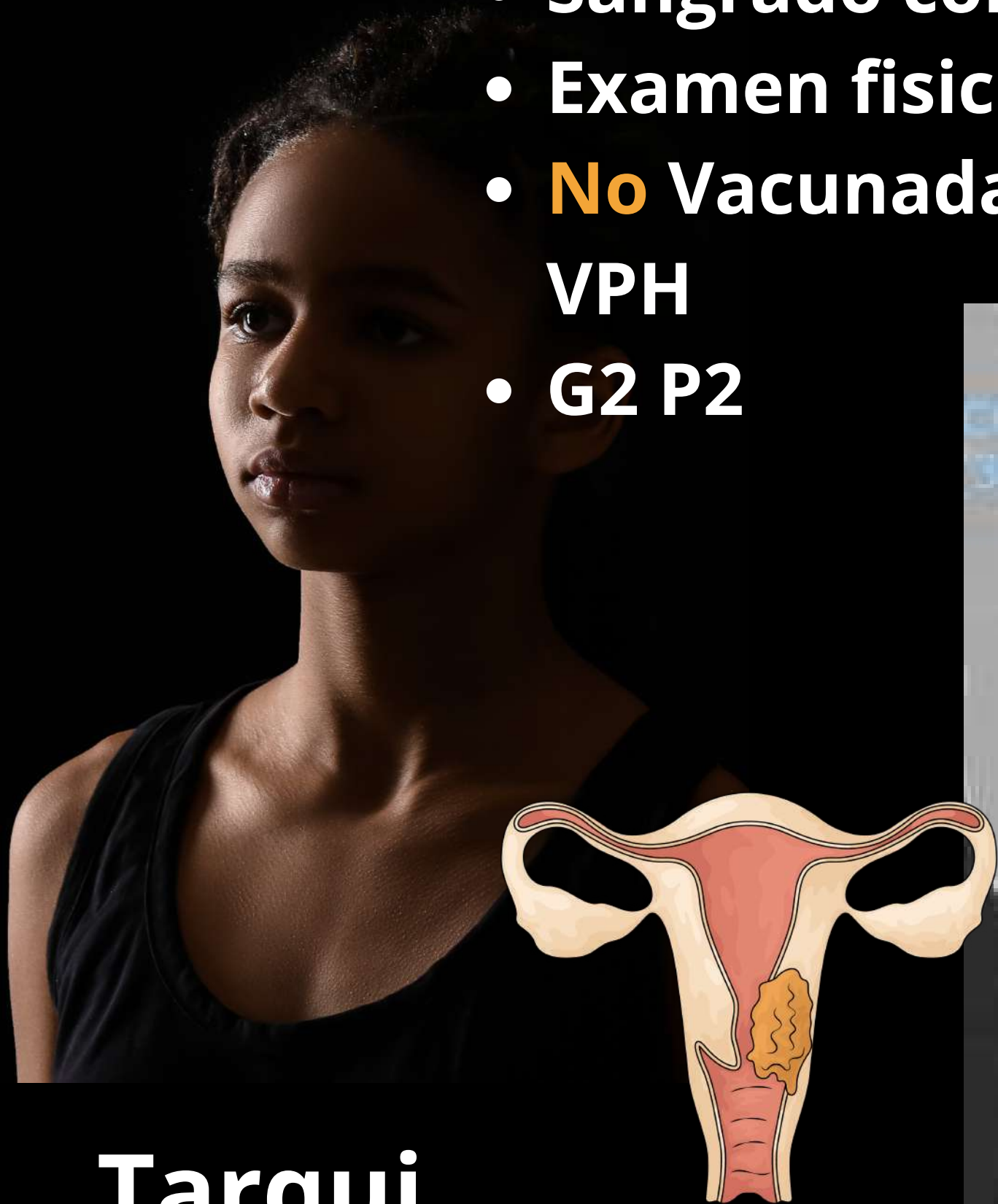


Acevedo

- 33 Años
- Sangrado y flujo vaginal de mal olor
- Persistencia de síntomas
- **No** Vacunada / **No** se habia realizado CCV/TEST VPH
(No pareja sexual desde hace 5 años)



- 33 Años
- Sangrado con las relaciones sexuales
- Examen físico: Masa en cuello uterino de 7 cm
- **No** Vacunada / **No** se había realizado CCV/TEST VPH
- G2 P2



Tarqui



Que vamos a revisar hoy

1. Introducción: magnitud del problema Virus del papiloma humano (VPH)
2. Fisiopatología de la carcinogénesis cervical
3. Tamizaje y detección temprana
4. Manejo de lesiones precursoras
5. Tratamiento del cáncer invasor
6. Conclusiones y mensajes clave

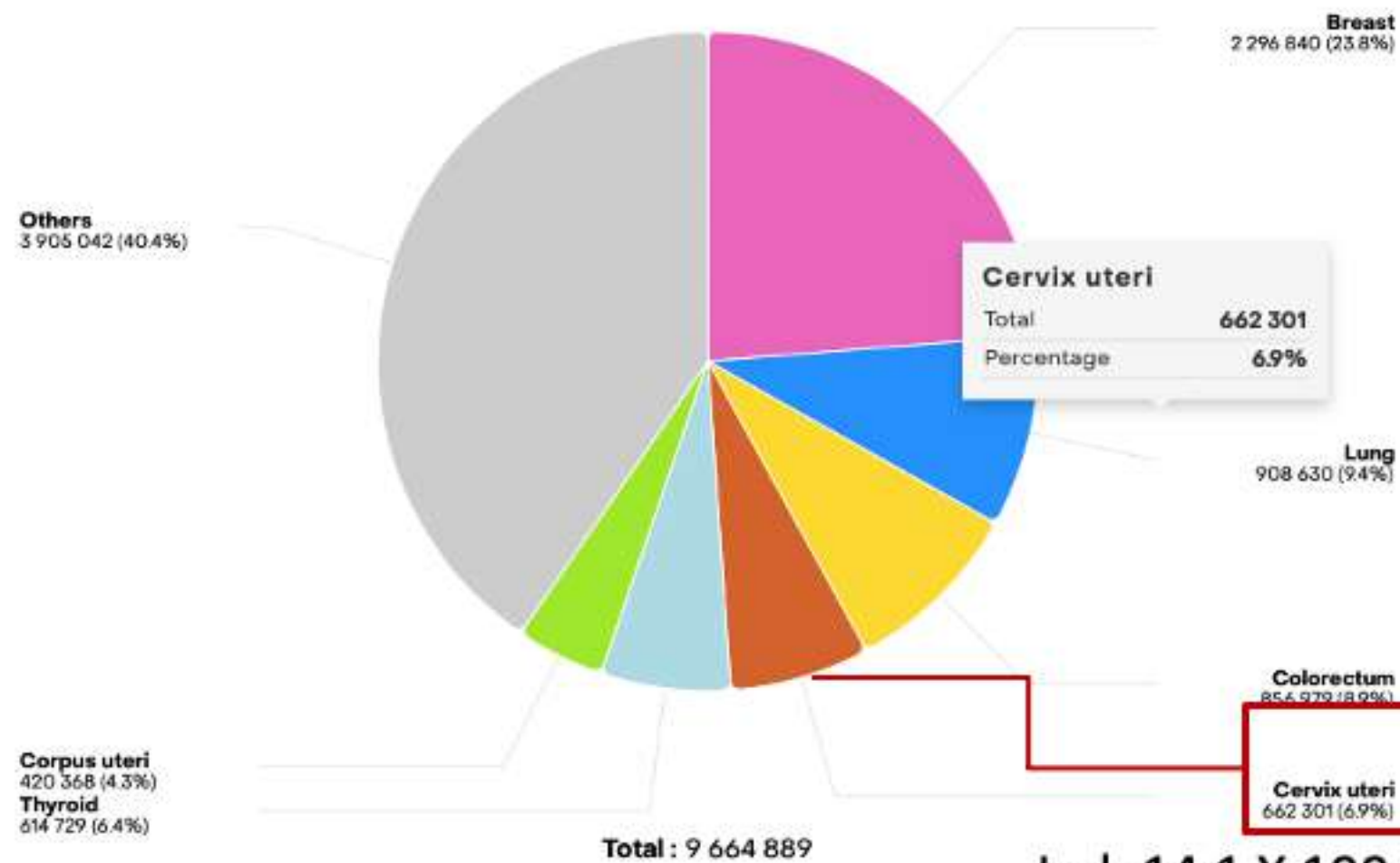
1

Introducción: Magnitud del problema Virus del papiloma humano (VPH)

DATOS Y CIFRAS

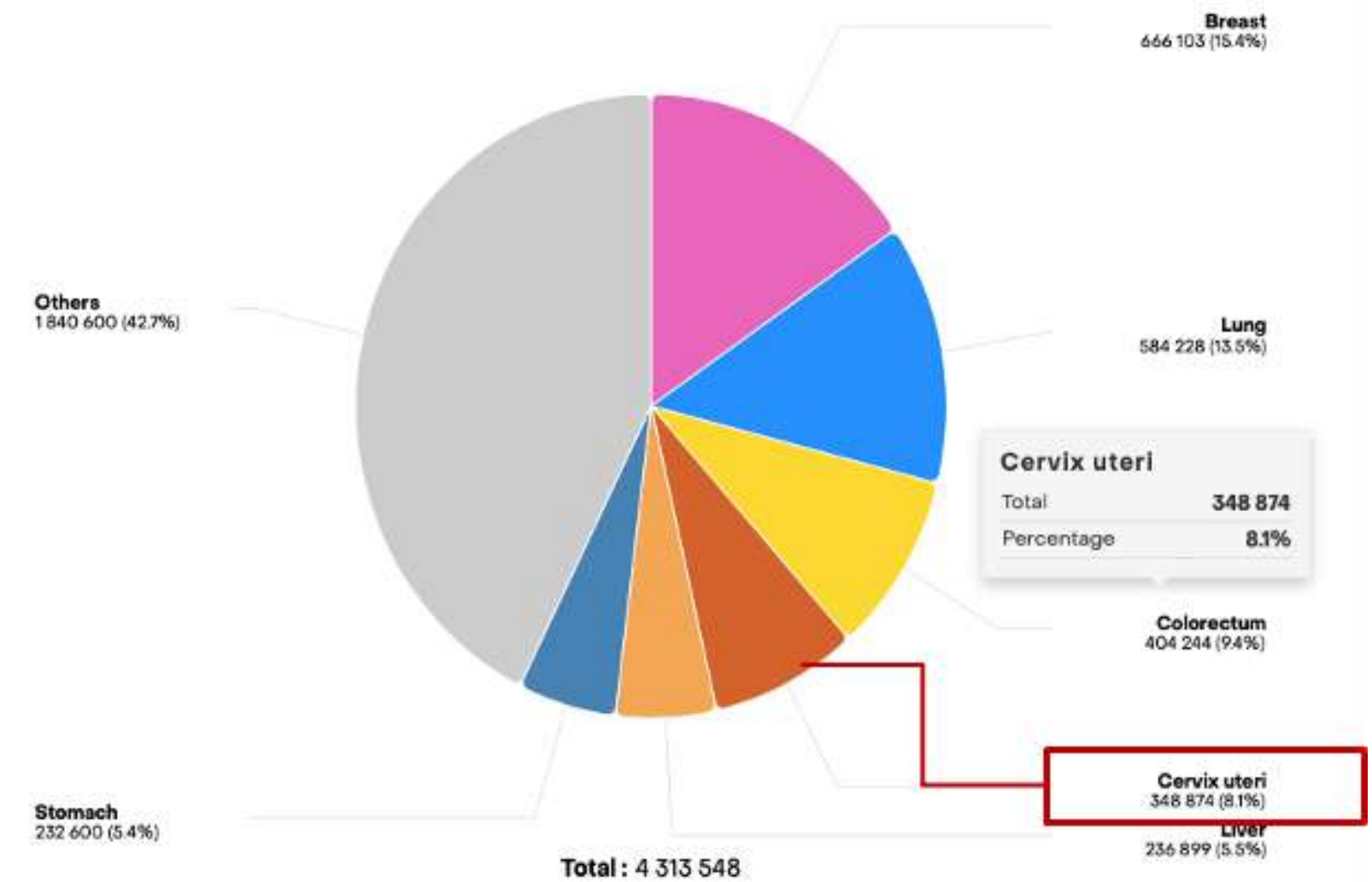
El cáncer de cuello uterino es el **cuarto** tipo de cáncer más frecuente en las mujeres de todo el mundo, con una incidencia aproximada de **660 000** nuevos casos y **350 000** muertes en 2022.

Absolute numbers, Incidence, Females, in 2022
Continents



Ind: 14,1 X 100.000 mujeres

Absolute numbers, Mortality, Females, in 2022
Continents

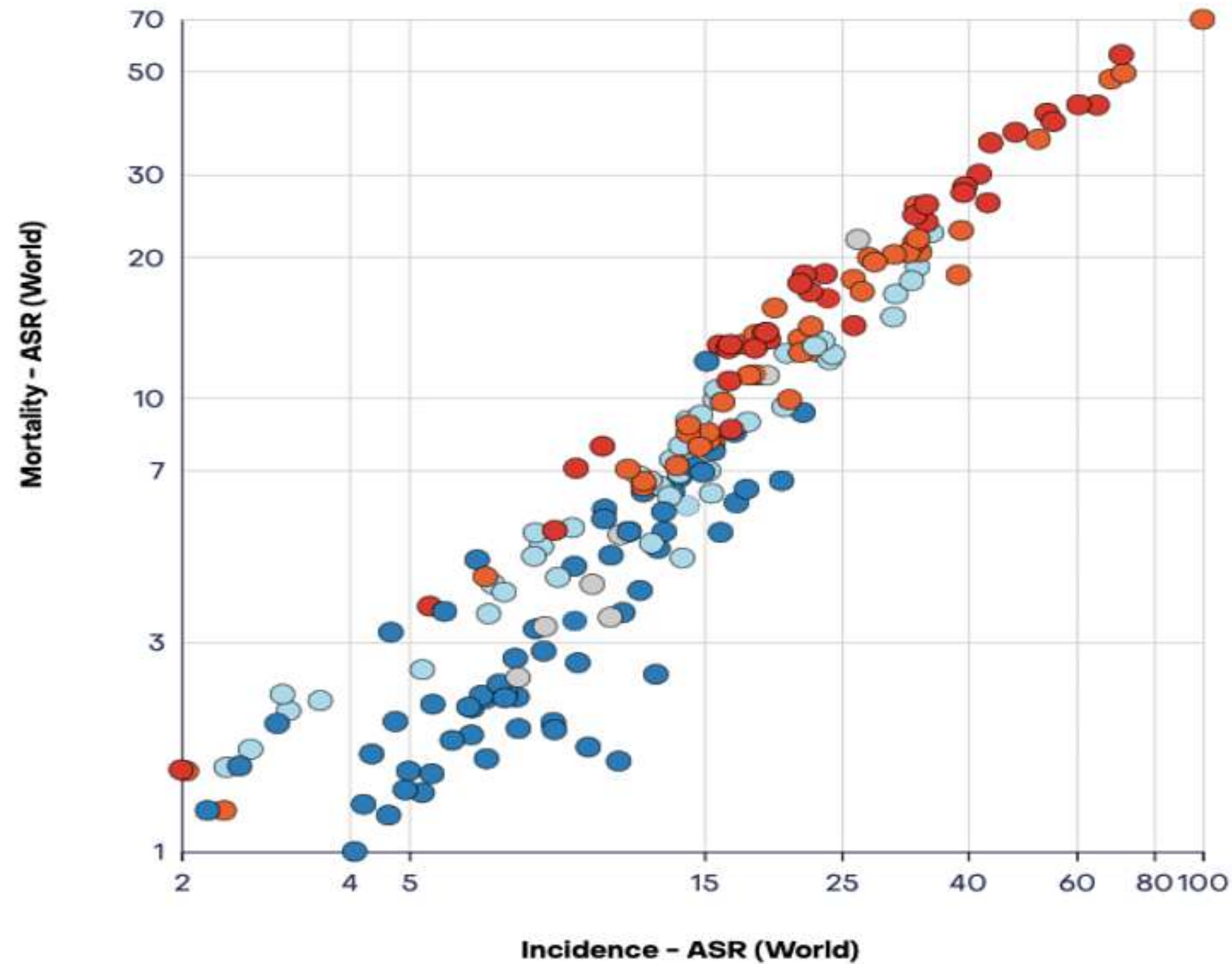


INCIDENCIA Y MORTALIDAD/ IDH

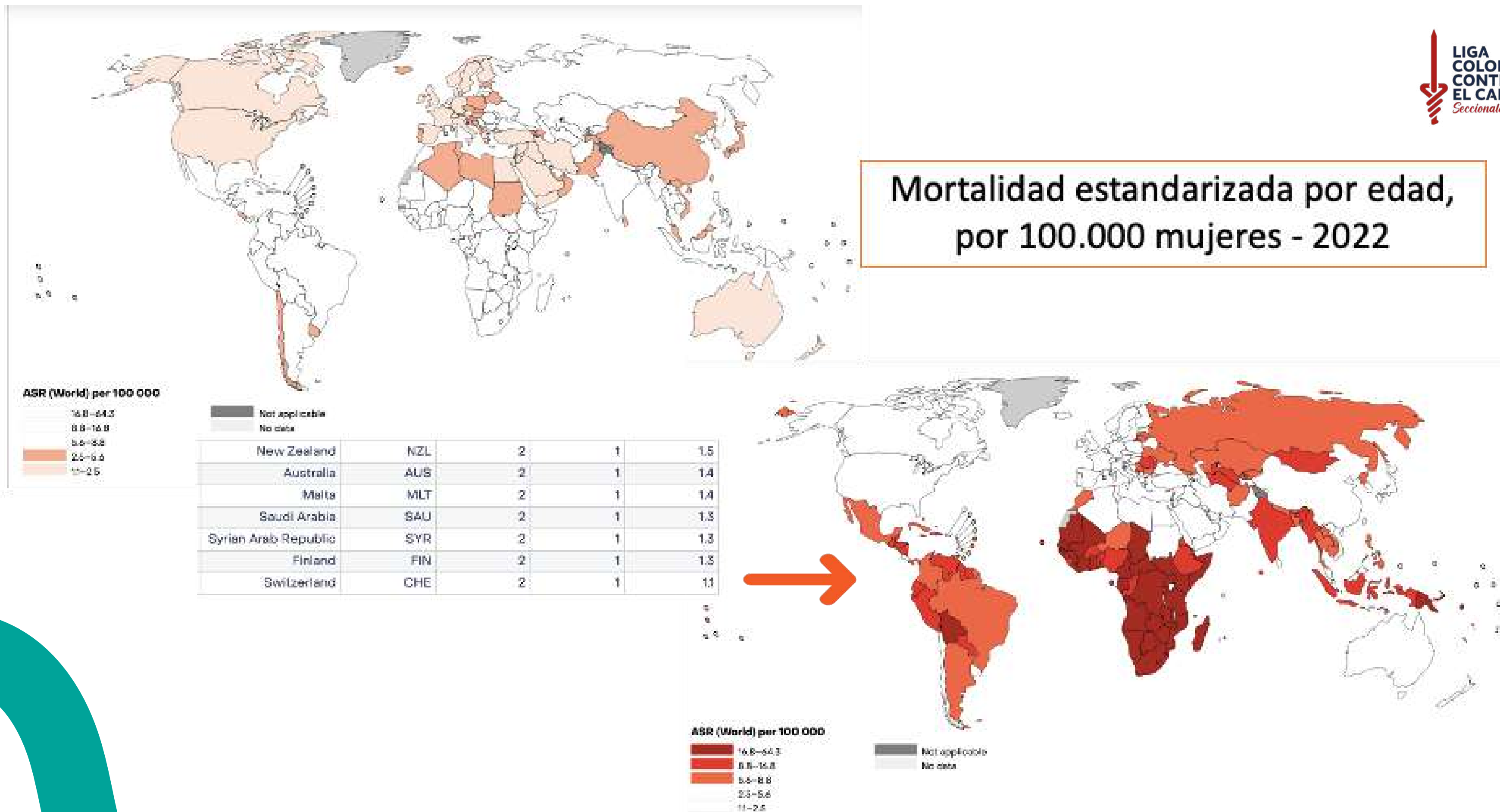
Mortality - ASR (World) vs Incidence - ASR (World), Females, in 2022
Cervix uteri

HDI

- Very high HDI
- High HDI
- Medium HDI
- Low HDI
- Not applicable



Mortalidad estandarizada por edad, por 100.000 mujeres - 2022





Statistics at a glance, 2022

	Males	Females	Both sexes
Population	25 286 674	26 226 092	51 512 766
Incidence*			
Number of new cancer cases	56 224	61 396	117 620
Age-standardized incidence rate	183.3	175.3	177.6
Risk of developing cancer before the age of 75 years (cum. risk %)	18.9	17.2	17.9
Top 3 leading cancers (ranked by cases)**	Prostate Colorectum Stomach	Breast Colorectum Cervix uteri	Breast Prostate Colorectum
Mortality*			
Number of cancer deaths	27 816	28 903	56 719
Age-standardized mortality rate	87.6	76.9	81.4
Risk of dying from cancer before the age of 75 years (cum. risk %)	8.8	7.9	8.3
Top 3 leading cancers (ranked by deaths)**	Prostate Stomach Lung	Breast Colorectum Stomach	Stomach Lung Colorectum
Prevalence*			
5-year prevalent cases	133 132	170 524	303 656

Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia 2012 – 2016



Incidencia



Mortalidad

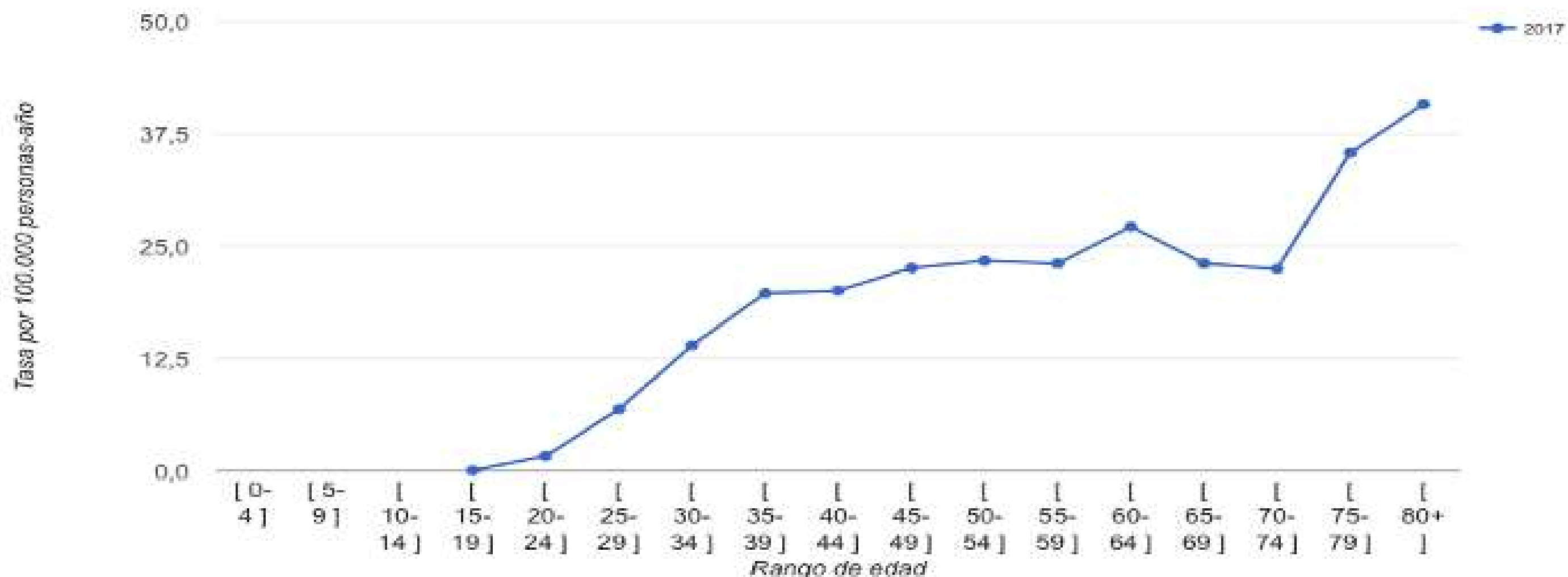


Pardo C, Cendales R. Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia, 2012-2016. Primera edición. Bogotá. D.C. Instituto Nacional de Cancerología, 2022, v.1. p. 159.



Tasas específicas por edad

Tasa específica por edad: incidencia, cáncer de cuello uterino, Registros RPC de Antioquia - Medellín, RPC de Barranquilla, RPC de Bucaramanga, RPC de Cali, RPC de Manizales, RPC de Pasto, en mujeres



Fuente de Información: Datos del SICC y RPC de Antioquia - Medellín, RPC de Barranquilla, RPC de Buc...

Fisiopatología de la carcinogénesis cervical

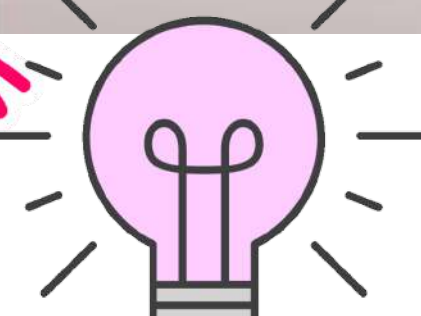
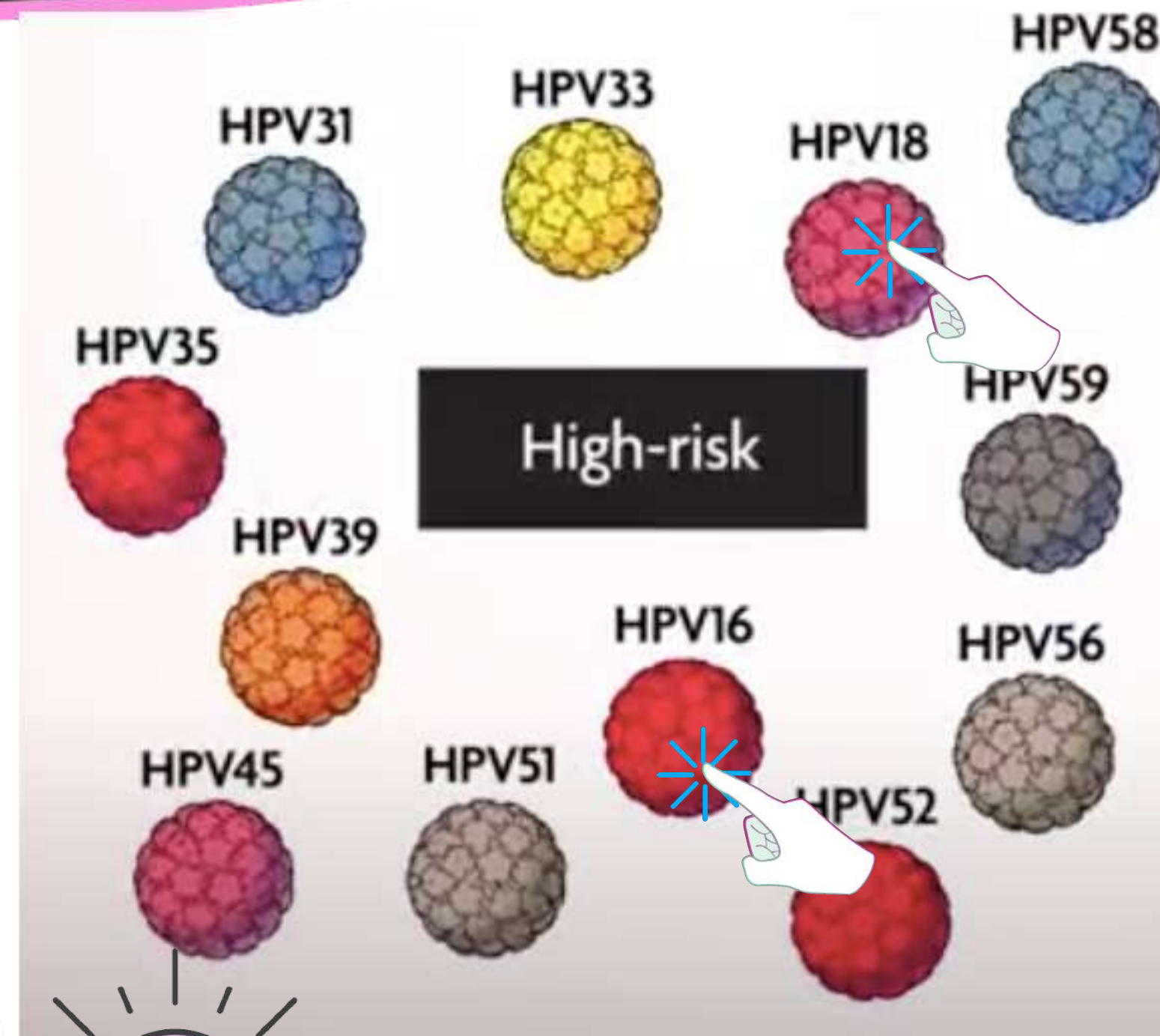
VPH (Virus del papiloma Humano)

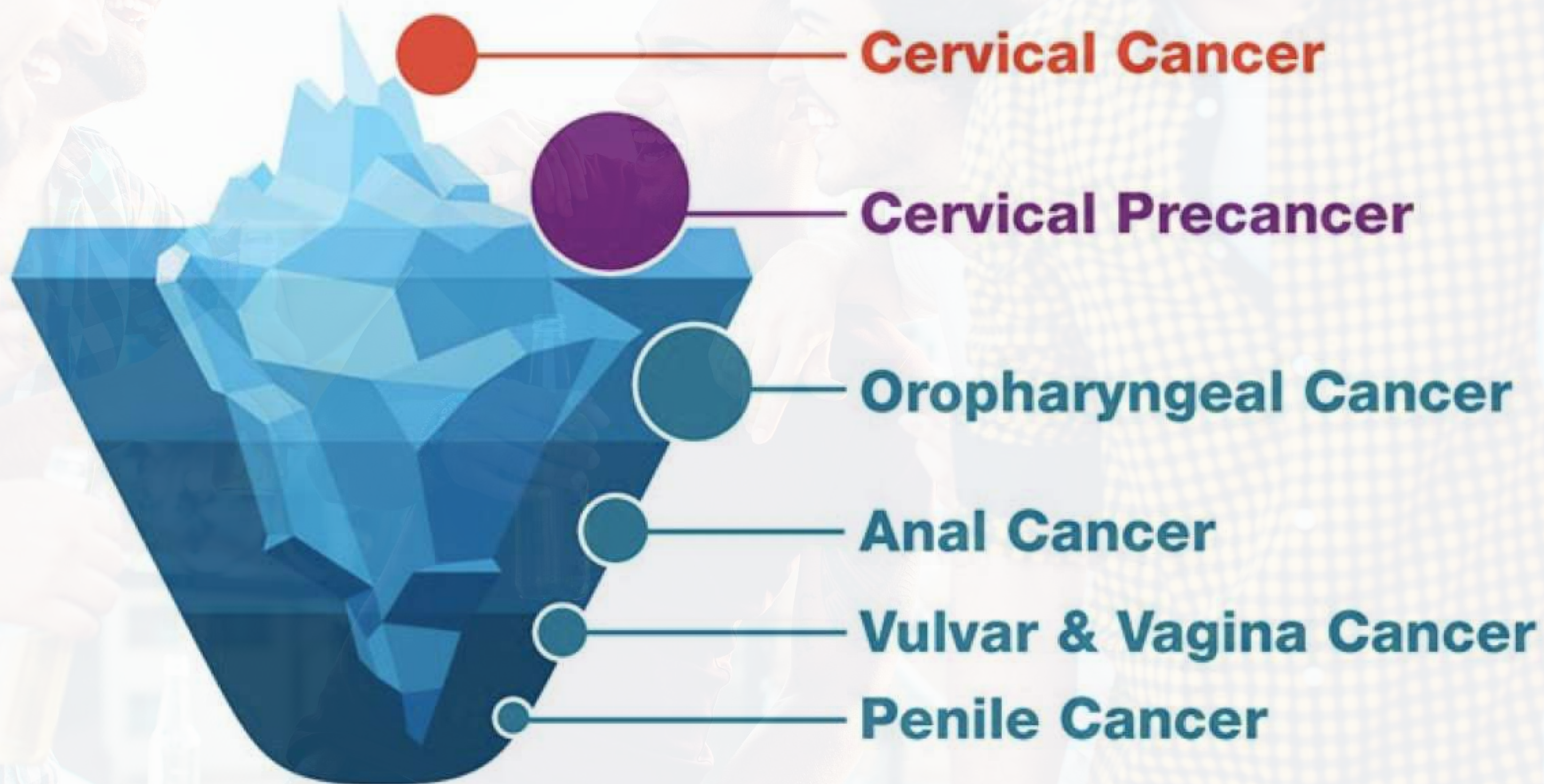
Familia
Papillomaviridae

Virus DNA
.Cápside
Icosaédrica
.ADN circular doble
cadena

>200 genotipos (**30
infectan TG**)

Diámetro +/- 60
nm con 8000 PB

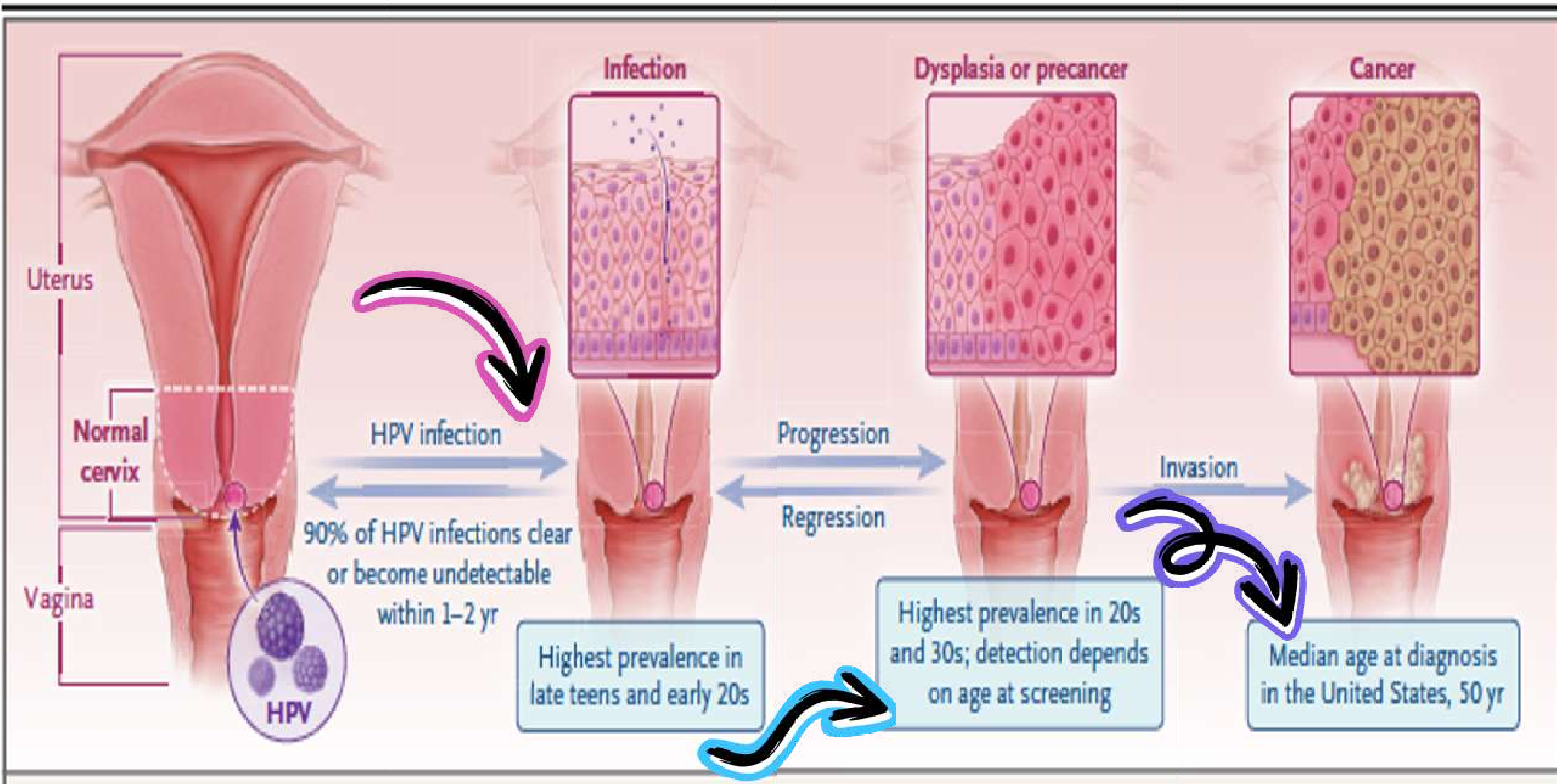




Dra. Catharin Salazar
Ginecóloga Oncóloga

Cancers Associated with and Attributed to Human Papillomavirus (HPV) Infection in the United States, 2015–2019*

Cancer site	No. of HPV-Associated Cancers	% of Cancers Probably Caused by Any HPV Type
Cervix	12,293	91
Oropharynx	20,839	70
Anus	7,531	91
Vagina	879	75
Vulva	4,282	69
Penis	1,375	63
Total	47,199	79



Our 2030 Goals



90%

of girls under 15
years old
vaccinated
against HPV



70%

of eligible women
are **screened**



90%

of women found
with cervical
disease on
treatment

MORTALIDAD

4 X 100.000

Objetivos de la OMS para 2030

90%

de niñas
vacunadas contra
el VPH antes de
los 15 años.

70%

de las mujeres
de 35 a 45 años
testeadas con
una prueba de
alto rendimiento.

90%

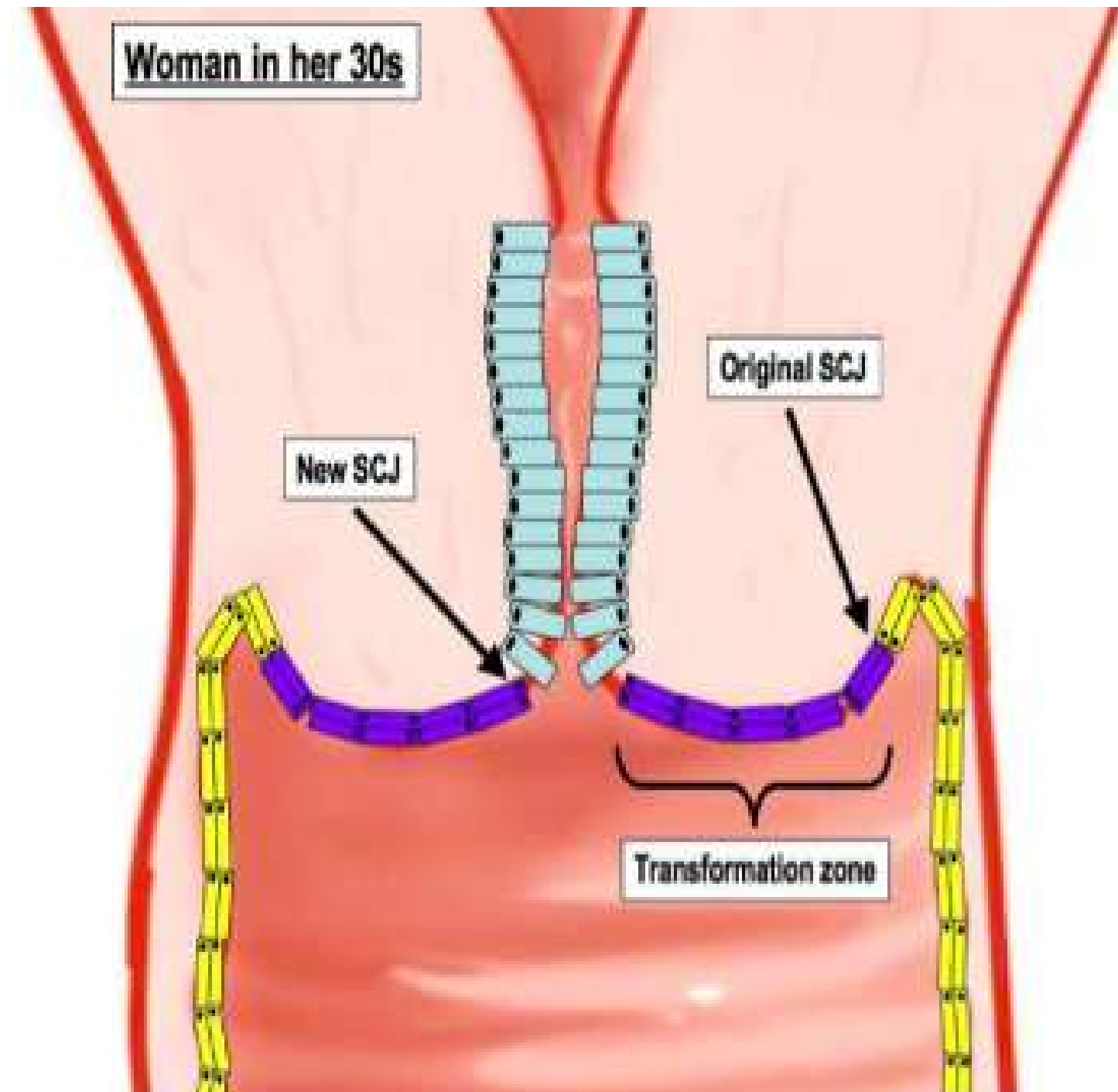
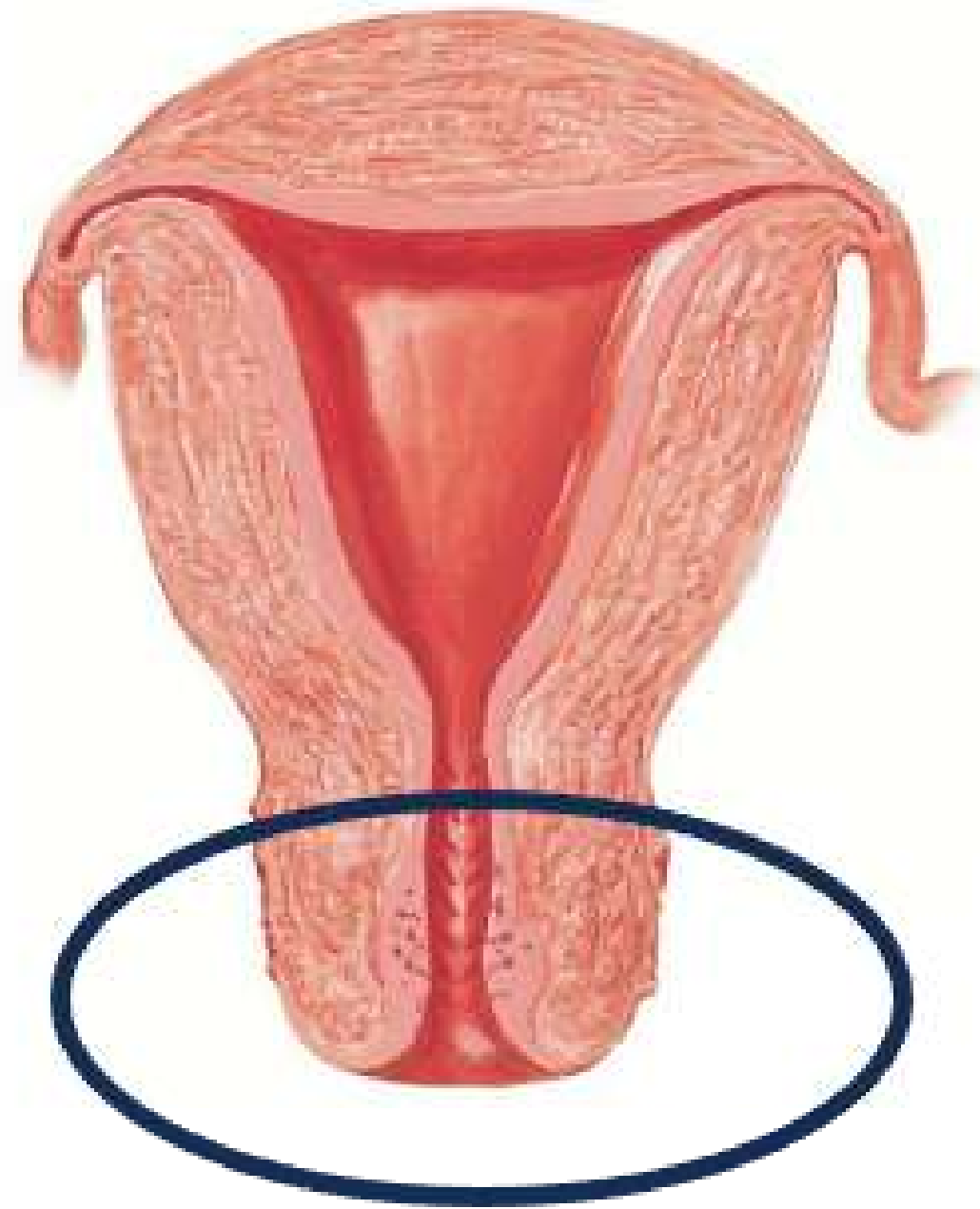
de las mujeres con
cáncer cervical reciben
tratamiento para lesiones
precancerosas o
cáncer invasivo.



3

Tamizaje y detección temprana

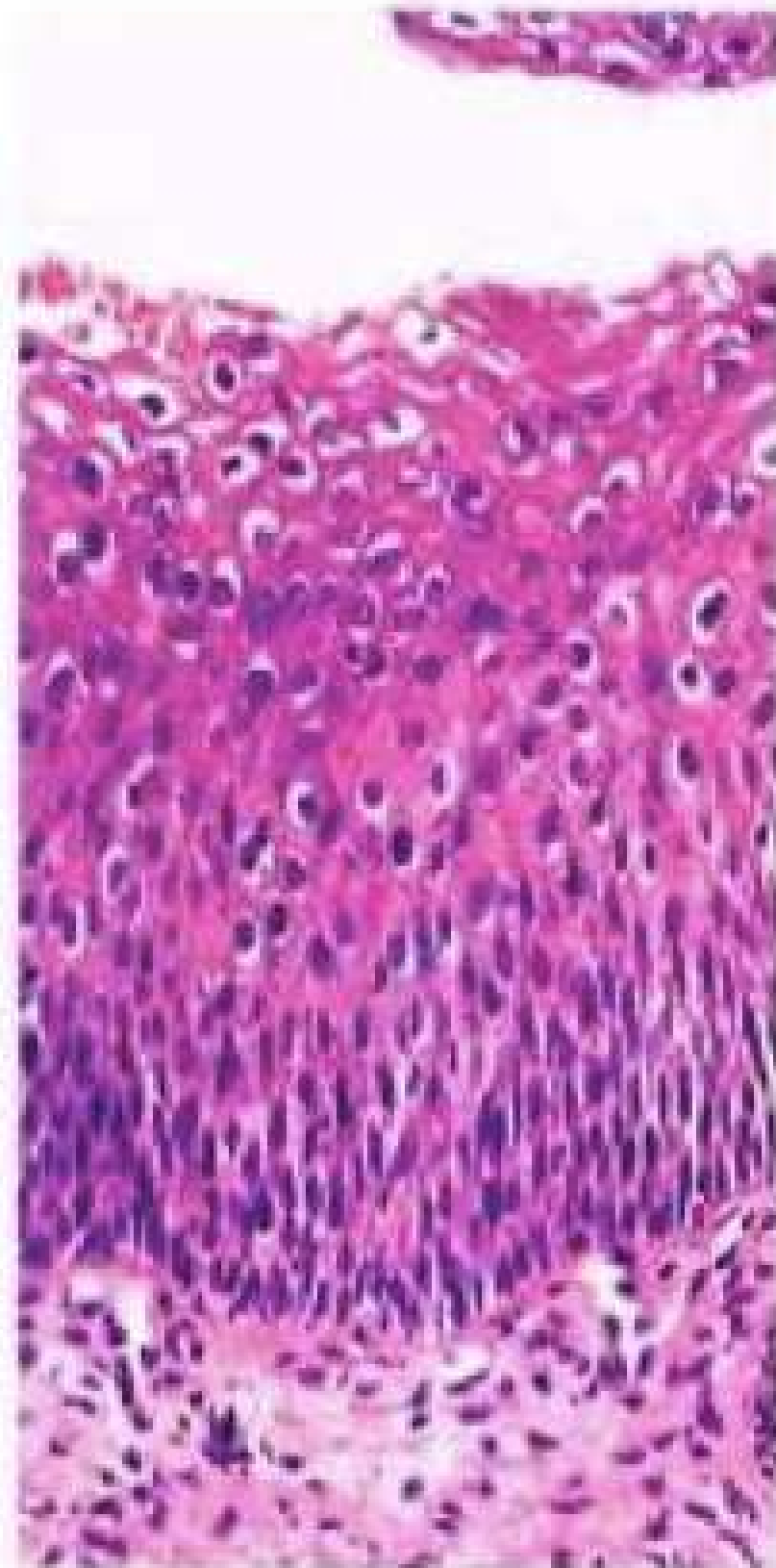
Zona de transformación



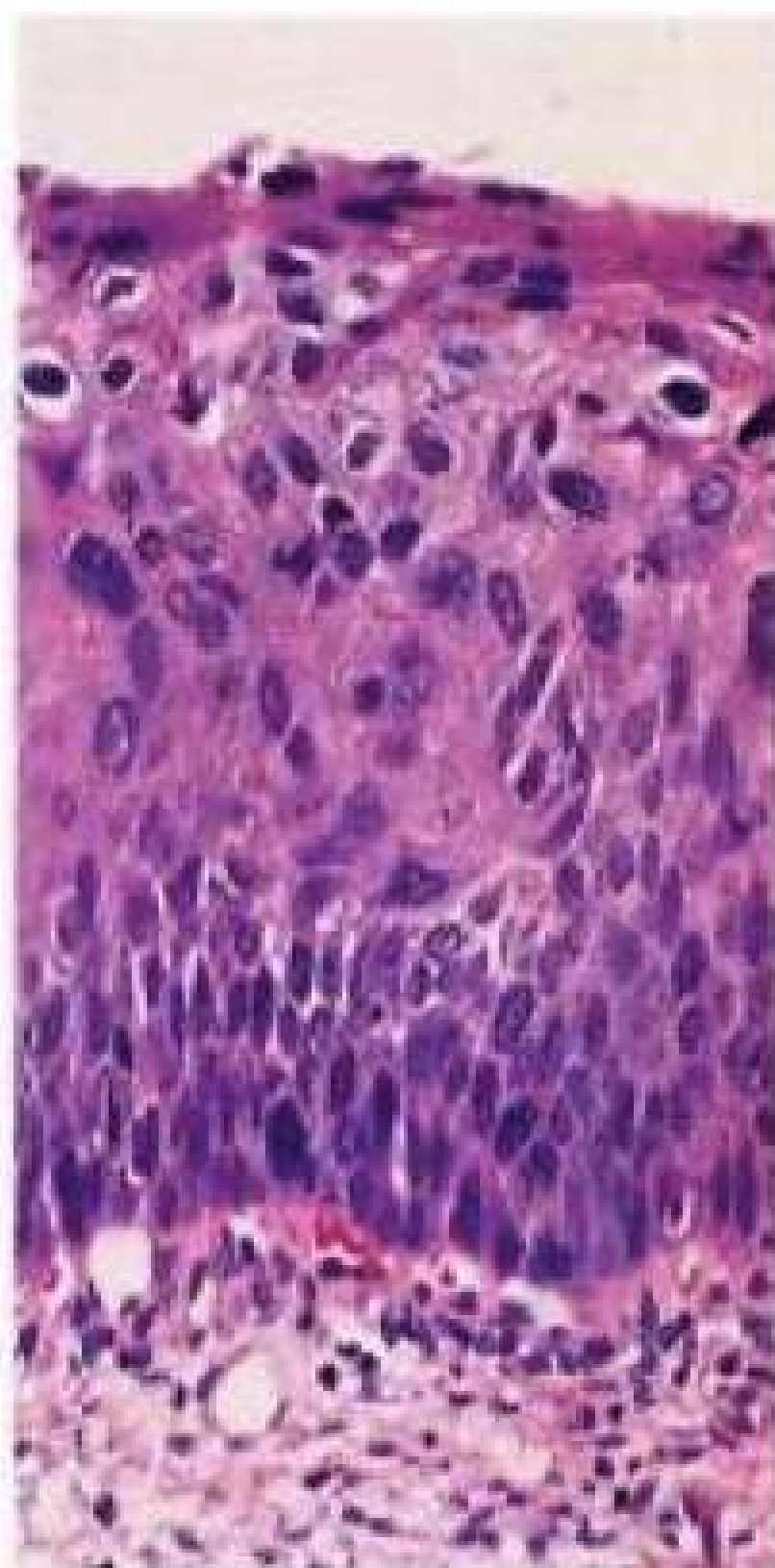
Bornstein J., Bentley J., Bosze P., Girardi. Et al. 2011 Colposcopic Terminology of the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. *Obstet Gynecol* 2012;120:166–72



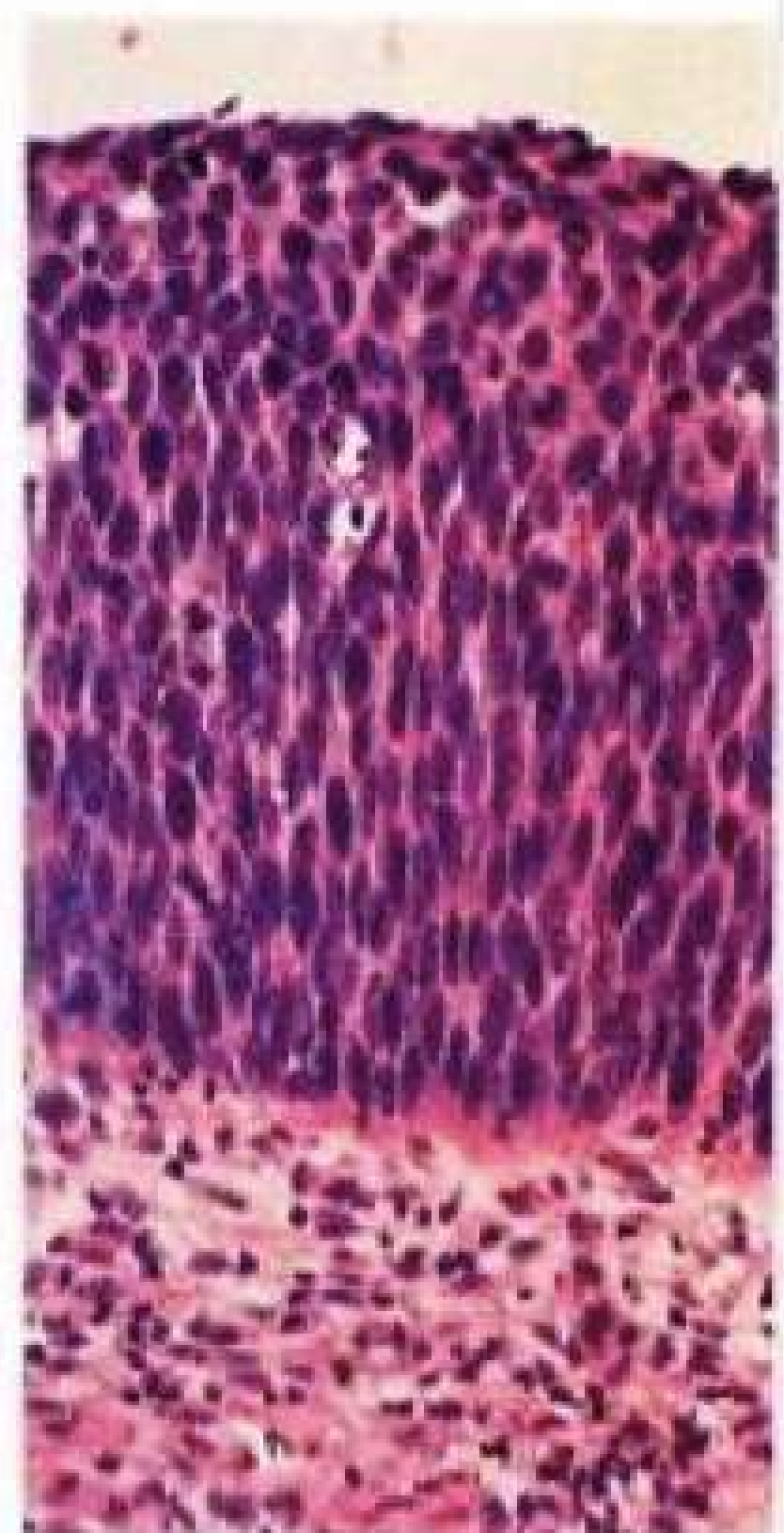
Normal



CIN I



CIN II



CIN III

¿Qué prueba usar?

La mejor prueba de tamización es la que se pueda realizar

Detección de VPH

Citología cervical



Cotest

Reducen la incidencia y la mortalidad por cáncer de cuello uterino, sin embargo, existen ventajas y desventajas en las diferentes pruebas de tamización

Calidad de la muestra

☒ SATISFACTORIA PARA EVALUACIÓN	☐ INSATISFACTORIA PARA EVALUACIÓN
☐ AUSENCIA DE CÉLULAS GLANDULARES	☐ DIRECTO CLIPPER O INAPROPIADO EL MUESTREO
☒ TIFICACIÓN	☐ REEMBOLADO
	☐ CÉLULAS ABNORMALES
	☐ CÉLULAS ABNORMALES

CATEGORIZACION GENERAL

☐ NEGATIVO PARA LESIÓN INTRAEPITELIAL	☒ ANORMALIDADES EPITELIALES
--	---

MICROORGANISMOS

☐	TRICHOMONAS VAGINALIS
☐	REINOS CONSISTENTES CON CANDIDA SP
☐	CAMBIO CITOPATICO POR VIRUS DEL HERPES SIMPLE
☐	CAMBIO DE FLORA VAGINAL DE VAGINOMYBACTERIANA
☐	BACTERIAS MICROSCÓPICAMENTE CONSISTENTE CON ACTINOMYCETES SP
☐	CAMBIO CELULARES CONSISTENTES CON CYTOMEGALOVIRUS

VARIACION CELULAR NO-NEOPLASICA

☐	METAPLASIA ESCAMOSA
☐	CAMBIO GIBRATROICO
☐	METAPLASIA TIBARICA
☐	ADENOMA

CAMBIO CELULARES REACTIVOS ASOCIADOS CON:

☐	INFLAMACIÓN (INCLUYE REPARACIÓN TÍPICA)
☐	CAMBIO ASOCIADO A RADIACIÓN
☐	CAMBIO ASOCIADO AL EDU
☐	CERVIDIX POSITIVO

OTROS

☐	PRESENCIA DE CÉLULAS ENDOMETRIALES EN MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS
☐	PRESENCIA DE CÉLULAS GLANDULARES EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS

ANORMALIDADES EPITELIALES

A. CÉLULAS ESCAMOSAS

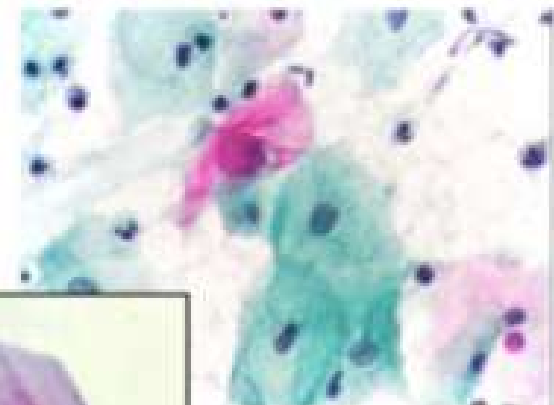
☐	CÉLULAS ESCAMOSAS ATÍPICAS ASC
☐	DE SIGNIFICADO INCERTO ASC-US
☐	NO EXCLUYE LESIÓN DE ALTO GRADO ASC-H
☒	LENG (LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO)
☐	LEMG (LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO)
☐	CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS

B. CÉLULAS GLANDULARES

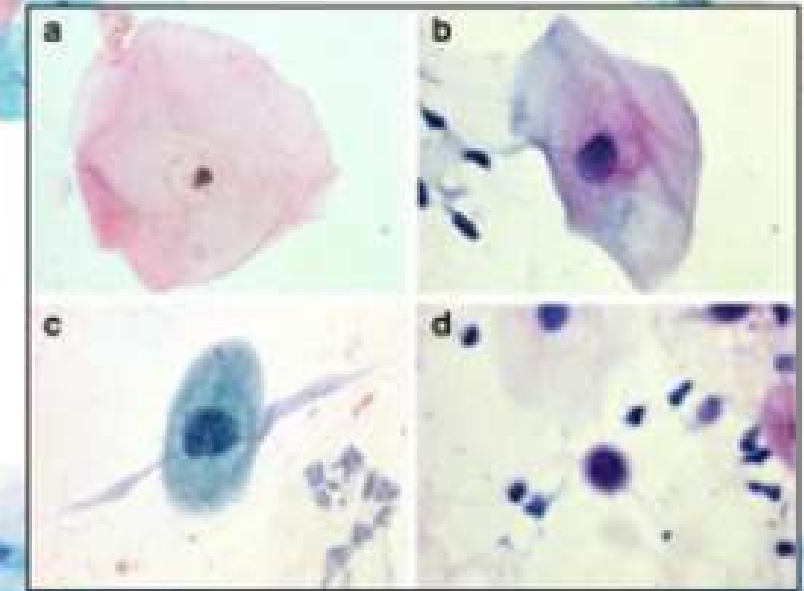
☐	ATÍPICAS AGC
☐	ATÍPICAS FAVORECE NEOPLASIA
☐	ADENOCARCINOMA IN SITU
☐	ADENOCARCINOMA
☐	OTRAS NEOPLASIAS
☐	Endocervical
☐	Endometrial
☐	N/A no clasificadas
☐	Endocervical
☐	Endometrial
☐	N/A no clasificadas



Normal

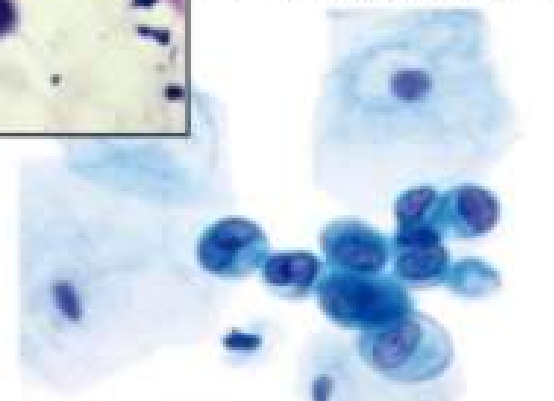
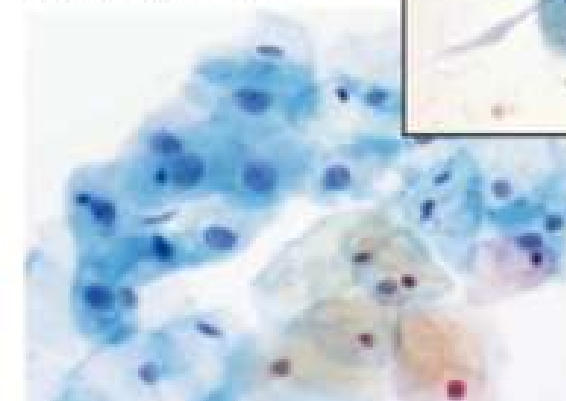


ASCUS



LSIL / CIN 1

CIN 2,3 / HSIL



PRUEBAS ESPECIALES

PAPILOMA VIRUS POR PCR, DETECCIÓN ADN GENOTIPOS DE ALTO RIESGO

VPH 16:	NEGATIVO	ADN
VPH 18:	NEGATIVO	ADN
OTROS VPH ALTO RIESGO:	POSITIVO	ADN

Detección de otros VPH alto riesgo:
(31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,66 y 68).

Técnica: PCR en tiempo real (PCR-RT)

Muestra: Células de cuello uterino en medio líquido.

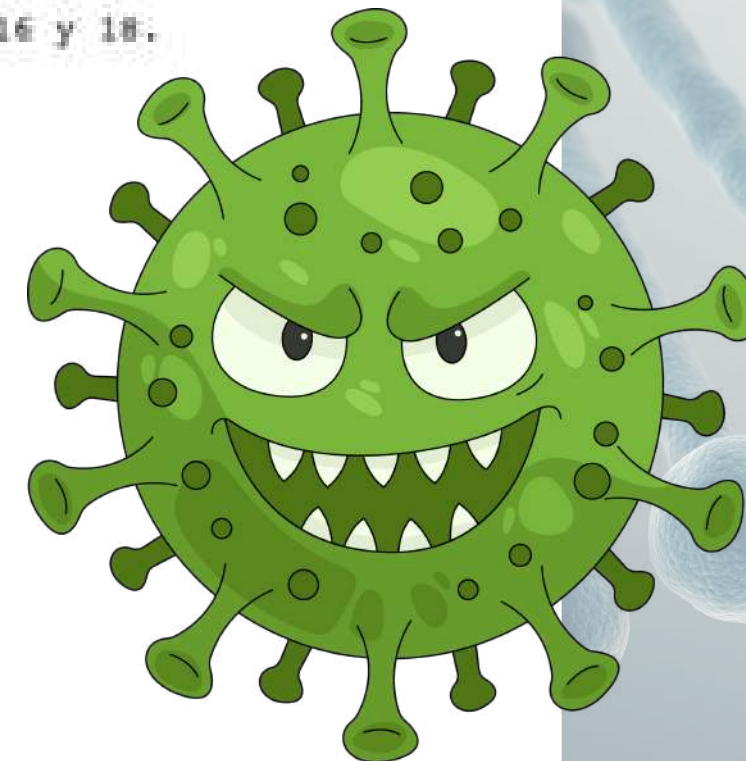
Prueba cualitativa In Vitro para detección de virus de Papiloma Humano de alto riesgo, mediante el sistema Cobas® 4800 HPV Test Roche.

Esta prueba utiliza la amplificación de fragmentos de ADN objetivo, mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y posterior hibridación de ácidos nucleicos para la detección de 12 genotipos de alto riesgo (31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,66 y 68).
Adicionalmente se identifican específicamente los genotipos HPV 16 y HPV 18.

La prueba utiliza como control de calidad de ADN la amplificación del gen de β - globina, que permite validar los resultados obtenidos.

Cerca del 70% de los casos de cáncer de cuello uterino a nivel mundial los causan el VPH 16 y 18.
Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France.

Los resultados obtenidos con esta prueba deben ser analizados bajo criterio médico.



¿Qué prueba usamos para tamización de lesiones preinvasivas de cuello uterino?

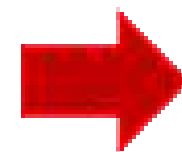
9. DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

9.1 Objetivos

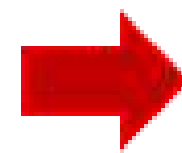
Detectar lesiones precancerosas de cuello uterino o carcinomas infiltrantes de cuello uterino en estadios tempranos a través de la realización de pruebas de tamización de base poblacional, ajustadas a la edad de la mujer y lugar de residencia habitual, a saber: citología vaginal, pruebas ADN-VPV o técnicas de inspección visual con ácido acético y lugol.

9.2 Población sujeto

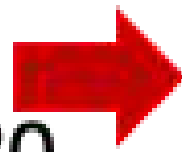
Las pruebas de tamización serán realizadas según el grupo de edad de las mujeres y su lugar de residencia así:



Citología: La tamización con citología se debe realizar en las mujeres de 25 a 29 años de edad en esquema 1 – 3 - 3 (cada 3 años) ante resultados negativos.



Pruebas de ADN del Virus de Papiloma Humano: La tamización con las pruebas que detectan el ADN de los virus del papiloma humano (VPV) de alto riesgo, se deben realizar a todas las mujeres entre 30 y 65 años de edad, con un esquema 1-5-5 (cada 5 años) ante resultados negativos.



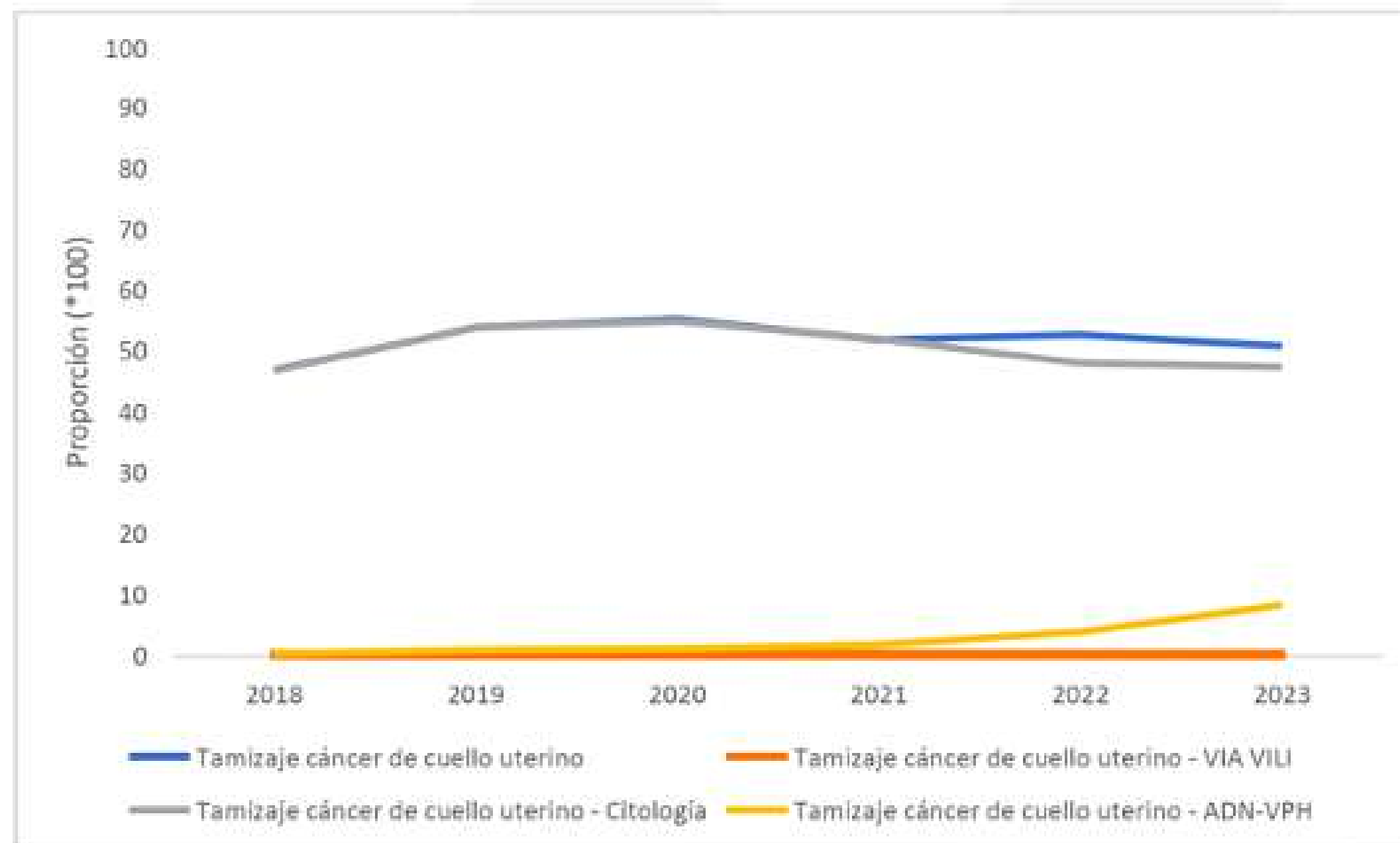
Técnicas de inspección visual: Las técnicas de inspección visual están indicadas exclusivamente para las mujeres entre 30 a 50 años residentes en áreas de población dispersa y con difícil acceso a los servicios de salud, se deben realizar en esquema 1-3-3 ante resultados negativos.

Resolución 3280

Tamización en Colombia

¿Cómo vamos?

Gráfica 2. Proporción de mujeres con acciones de tamizaje para cáncer de cuello uterino, Colombia, 2018-2023



Fuente: Datos preliminares, Resolución 202 de 2021



1. Todas las mujeres con cuello uterino de **25 a 65** años.
2. Mujeres que se han sometido a una **histerectomía** con extirpación del cuello uterino si tenían un **diagnóstico de precáncer o cáncer** antes de la histerectomía.
3. Mujeres mayores de 65 años que no cumplen con los criterios de salida.

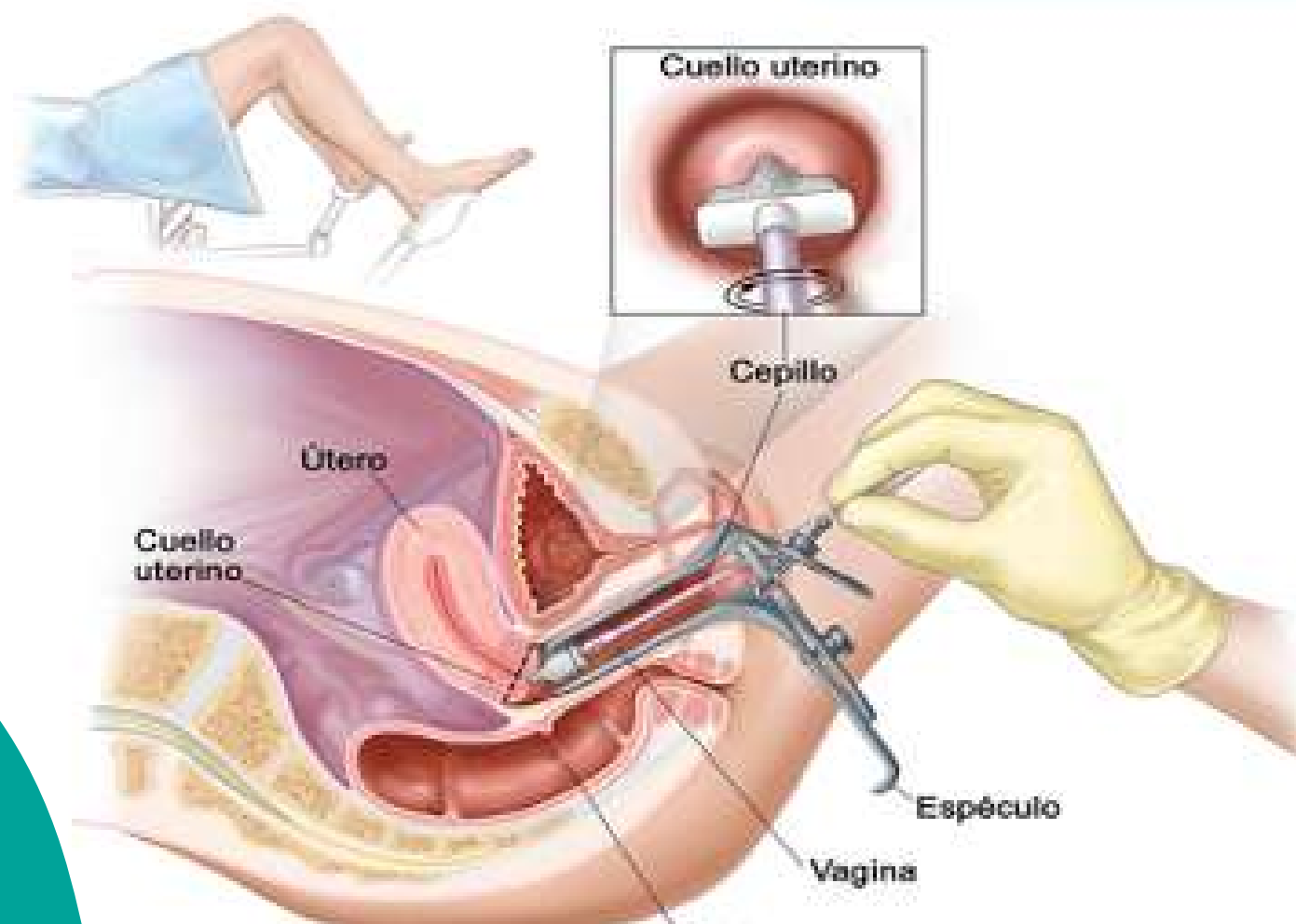
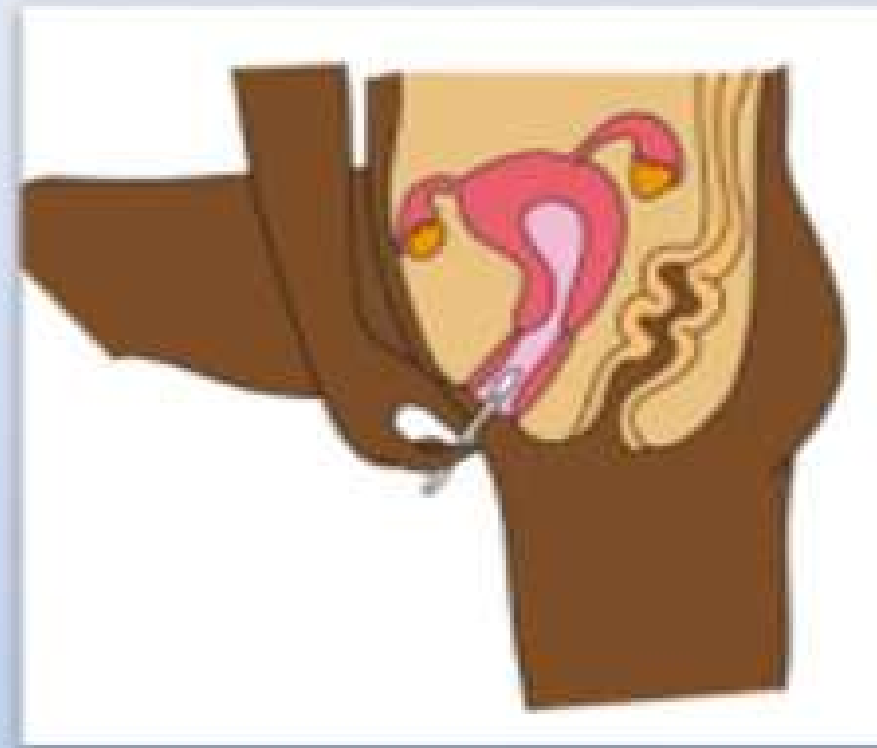
- Dos pruebas de VPH negativas consecutivas o
- Tres citologías cervicales negativas consecutivas
- Entre 55 y 65 años
- Sin antecedentes de precáncer (CIN2, CIN3 , o AIS) en los últimos 25 años.



1. Mujeres **menores de 25 años.**
2. Mujeres que se han sometido a una **histerectomía por indicaciones benignas.**
3. Mujeres **mayores de 65 años** que cumplieron con los **criterios de salida.**

- Dos pruebas de VPH negativas consecutivas o
- Tres citologías cervicales negativas consecutivas
- Entre 55 y 65 años
- Sin antecedentes de precáncer (CIN2, CIN3 , o AIS) en los últimos 25 años.

Dry self-sample

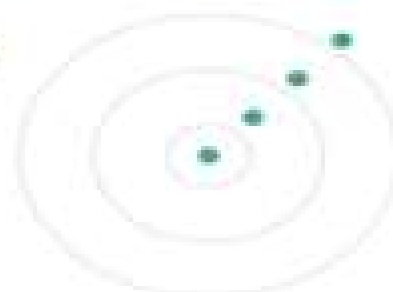


Publicación
Anticipada



Guía de práctica clínica informada en la evidencia

.....
para la tamización, detección
y tratamiento de lesiones
preneoplásicas del
cuello uterino

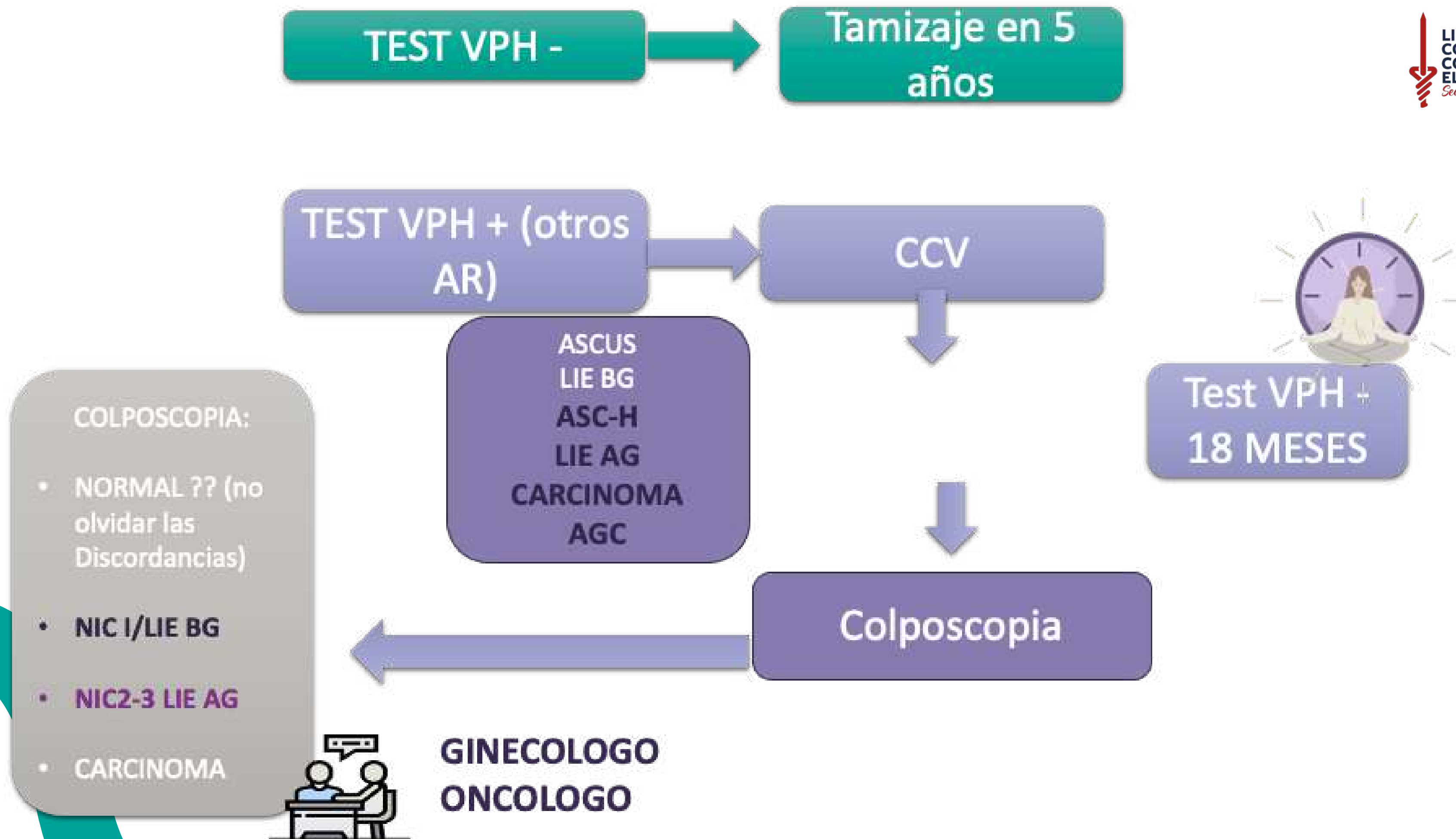


Versión para **profesionales**
2025



DESCARGAR





¿Hasta cuándo tamizar?

Fuerte a favor	8a	Se recomienda realizar tamización hasta los 65 años en las mujeres en la población general. Después de los 65 años, suspender tamización luego de dos resultados negativos consecutivos con los intervalos rutinarios recomendados para la prueba. Certeza de la evidencia: Baja ⊕⊕○○
Fuerte a favor	8b	Se recomienda realizar tamización hasta los 65 años en las mujeres que viven con VIH. Después de los 65 años, suspender tamización luego de dos resultados negativos consecutivos con los intervalos rutinarios recomendados para la prueba. Certeza de la evidencia: Baja ⊕⊕○○





En que
consiste la
estrategia
90 – 70 –
90?



Diagnóstico y manejo de lesiones precursoras

Figura 4: Ubicación del aplicador de crioterapia en el cuello uterino

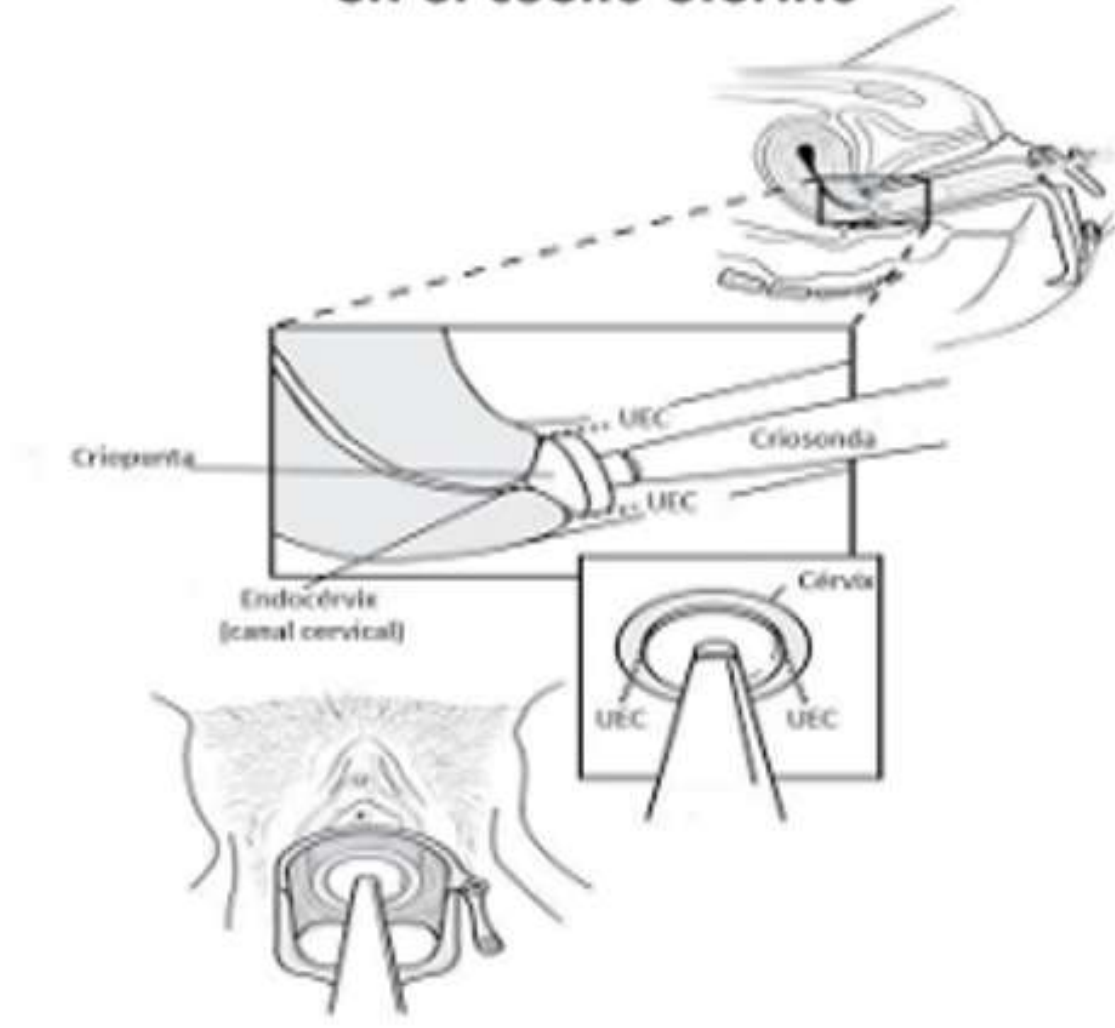
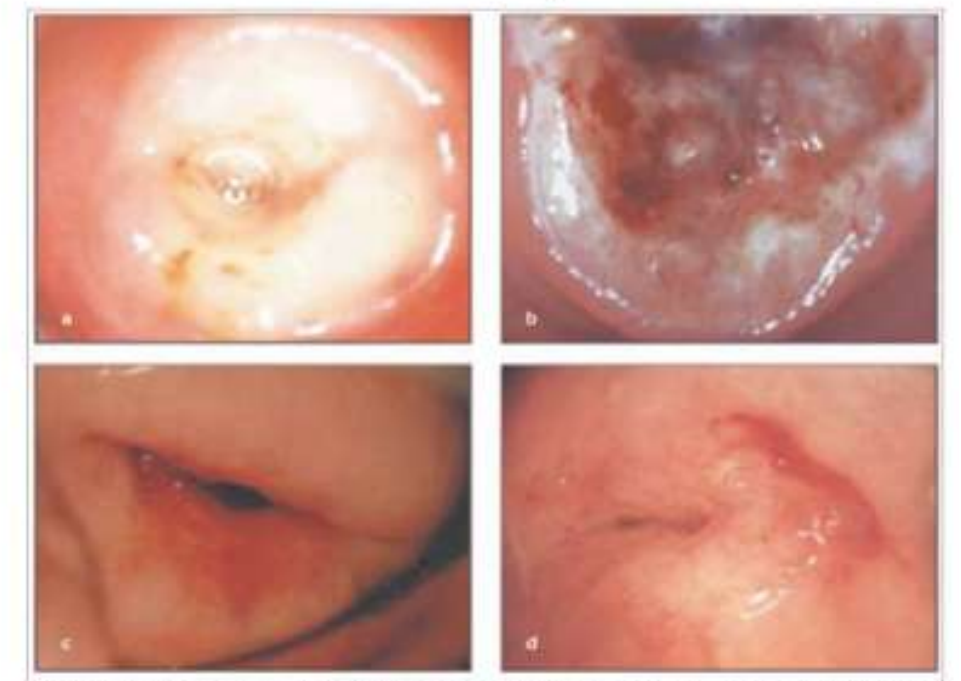


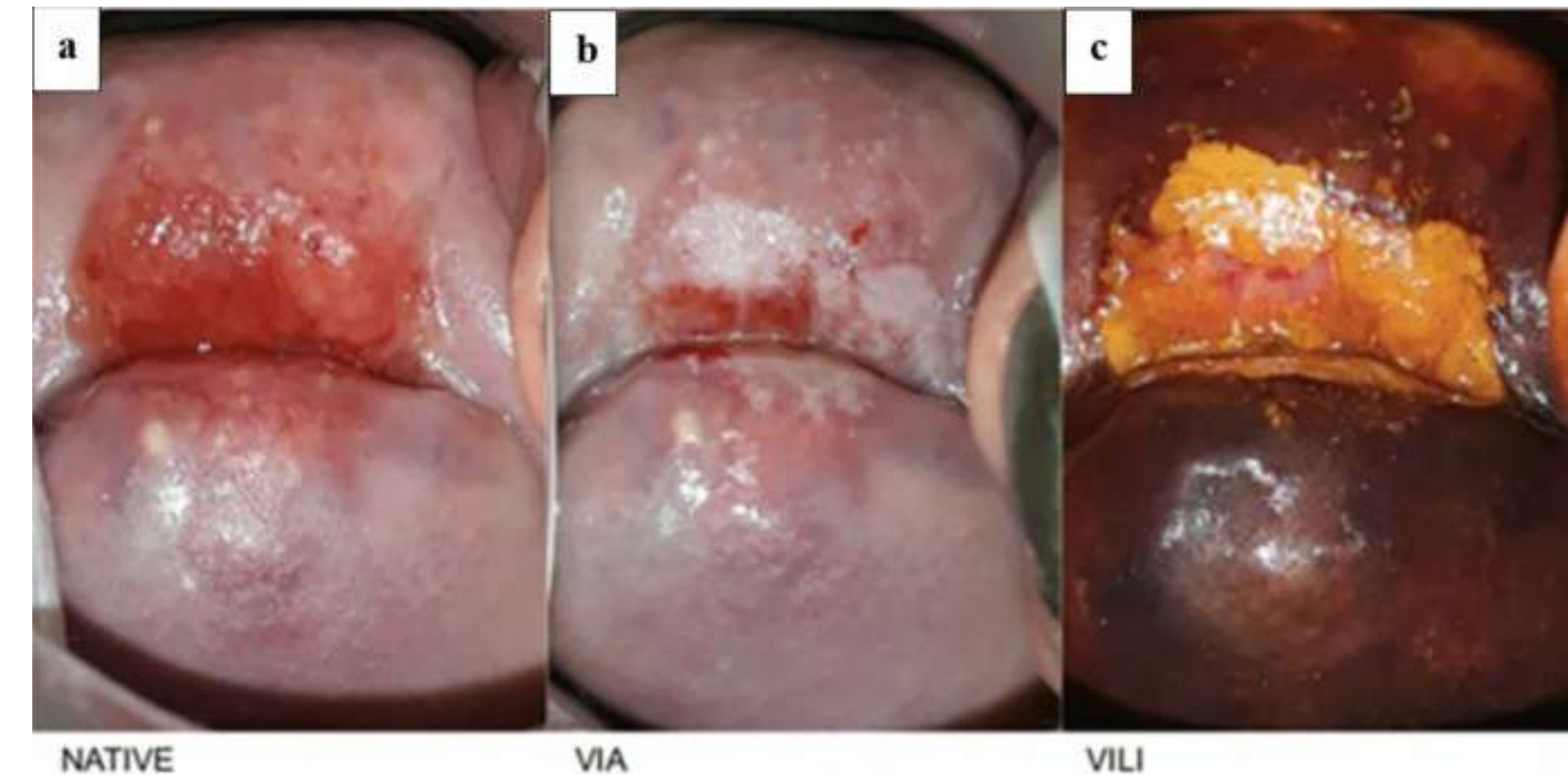
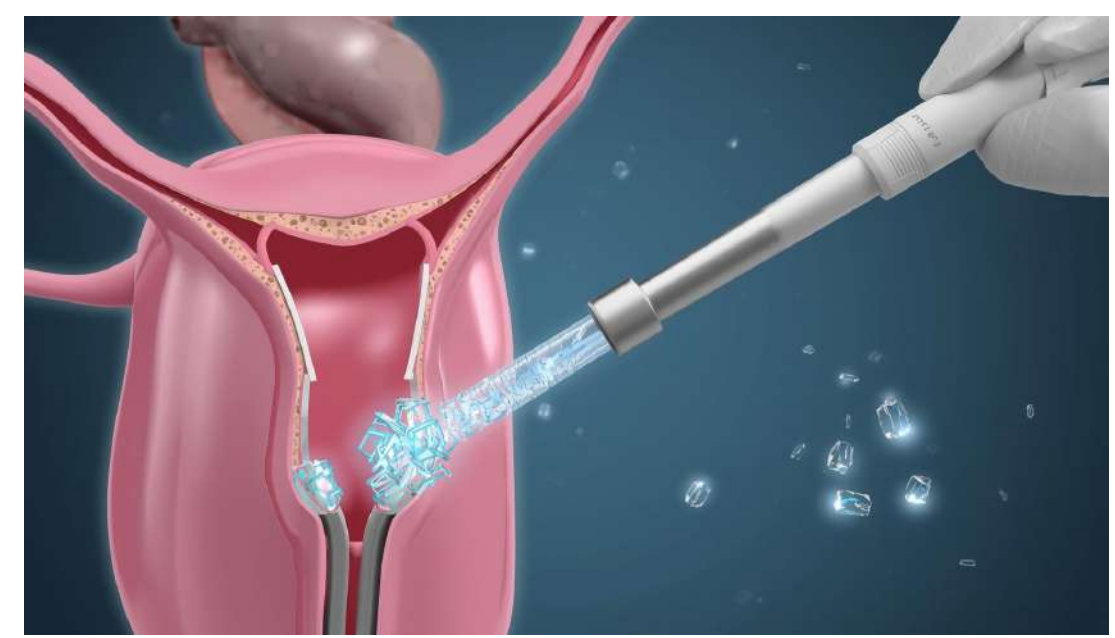
Figura 5. Cuello uterino luego del tratamiento con crioterapia

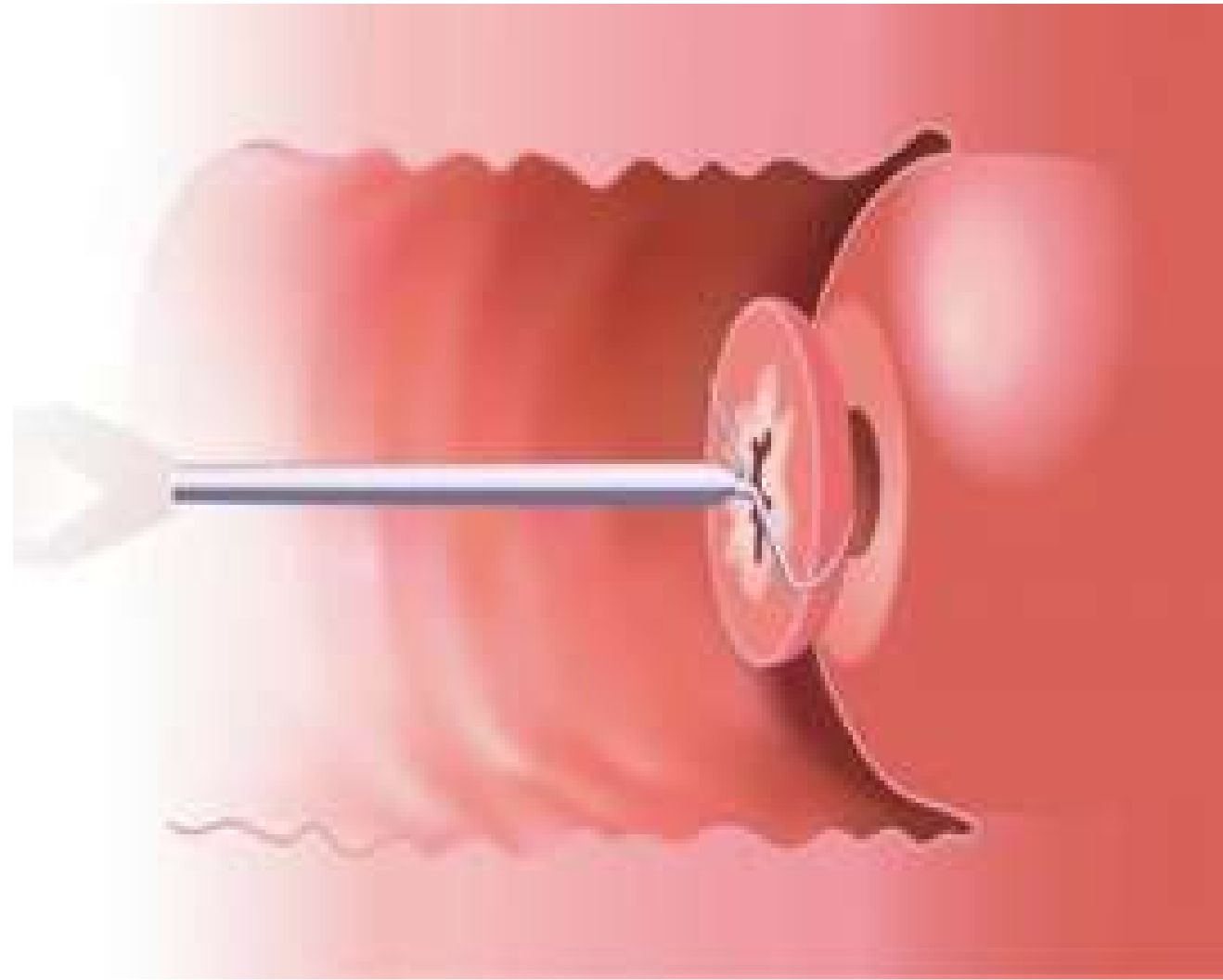


(a) Bola de hielo en el cuello uterino inmediatamente después de la crioterapia; (b) aspecto dos semanas después; (c) tres meses después, y (d) un año después.

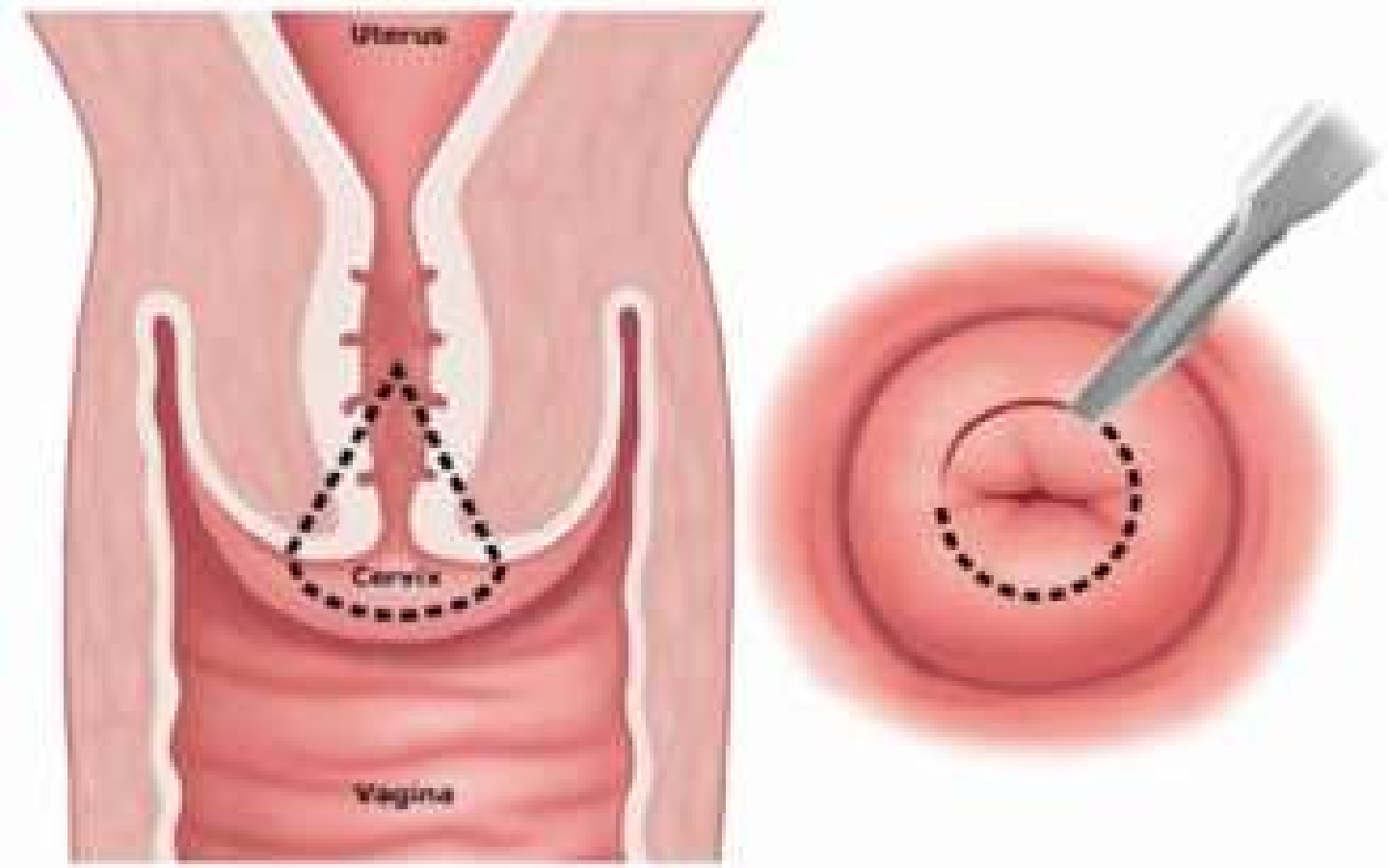
VIA – VILI +

NIC I PERSISTENTE



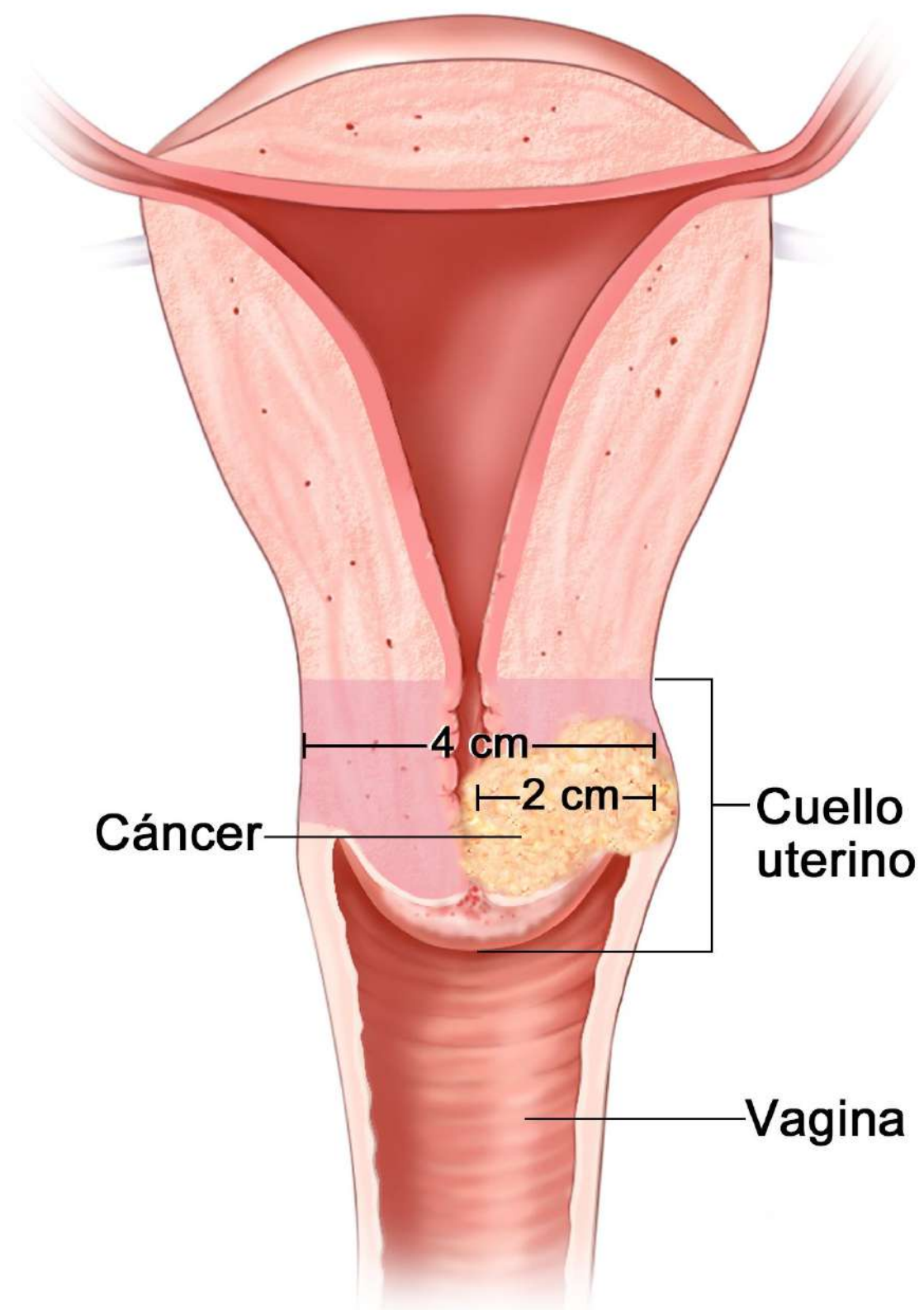


NIC II - III / Carcinoma insitu

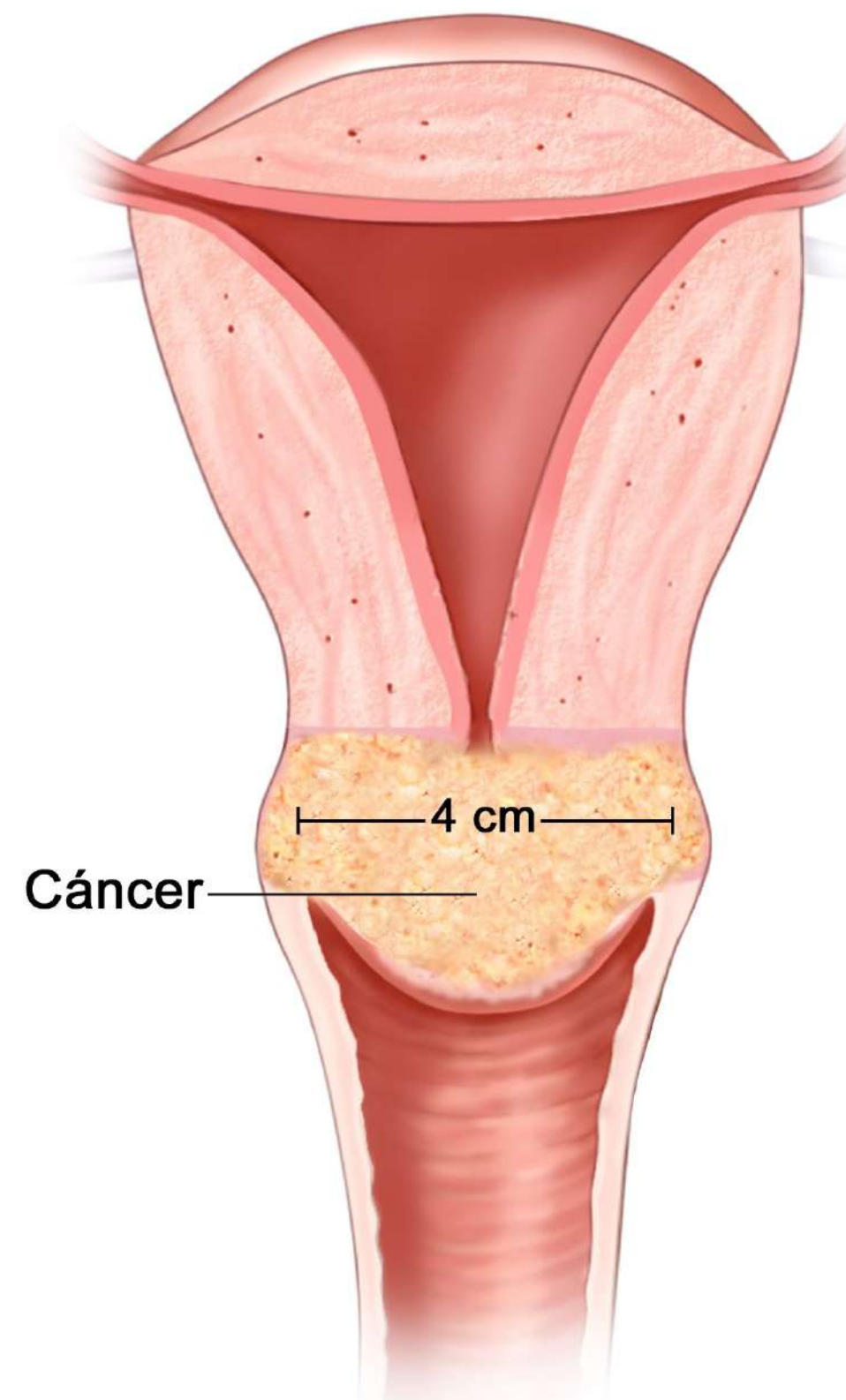


5 Tratamiento del cáncer invasor

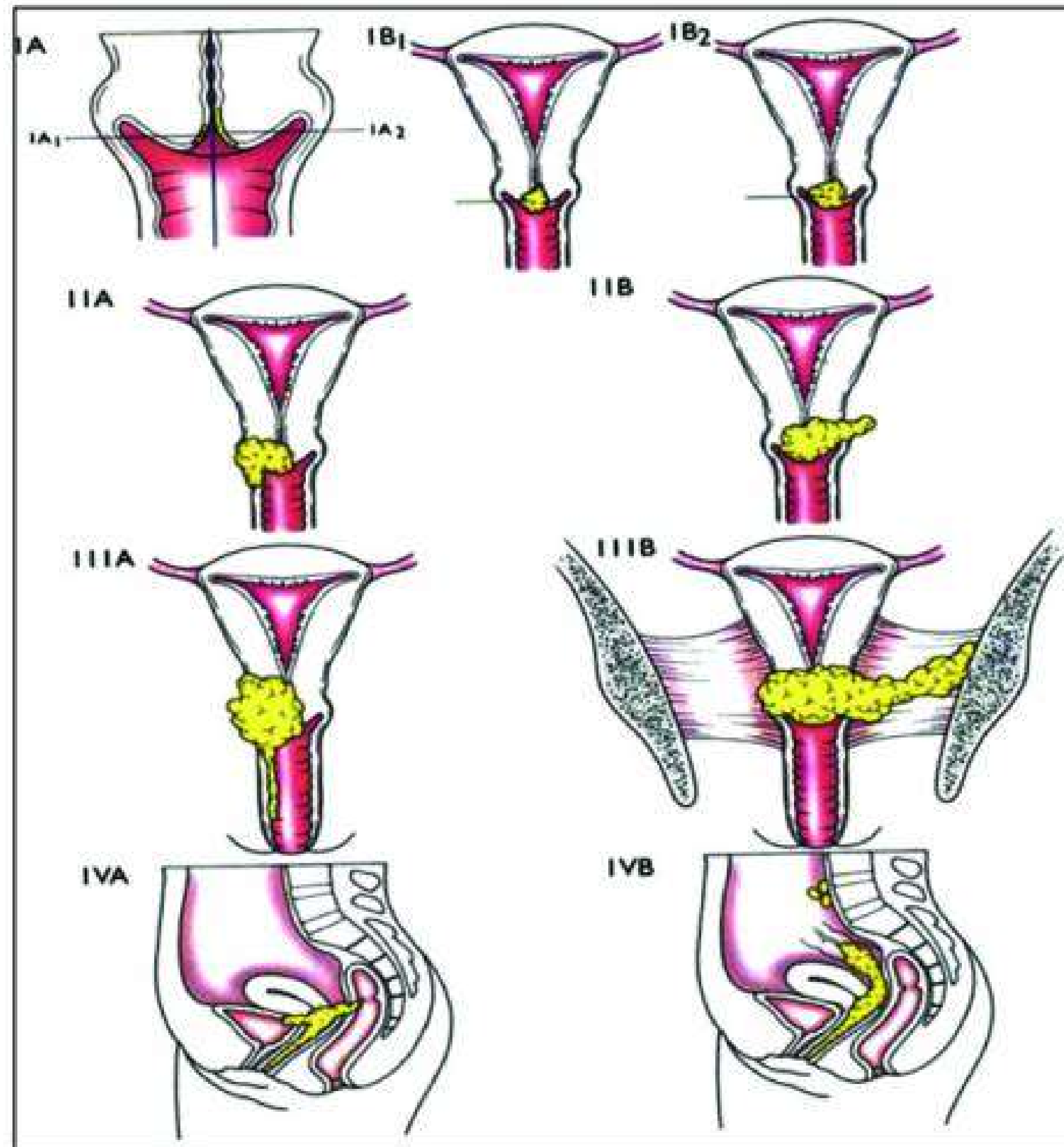
Cáncer de cuello uterino en estadio IB2



Cáncer de cuello uterino en estadio IB3

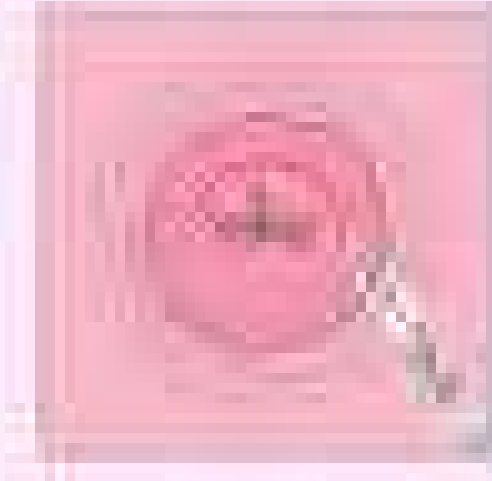


- 1. Biopsia**
- 2. Estudios de extension:** Tac torax/rx torax – abdomen y pelvis (IRM si hay disponibilidad).
- 3. Laboratorios (Función renal, Hemograma)**





Conización del
cuello uterino



Histerectomía
total



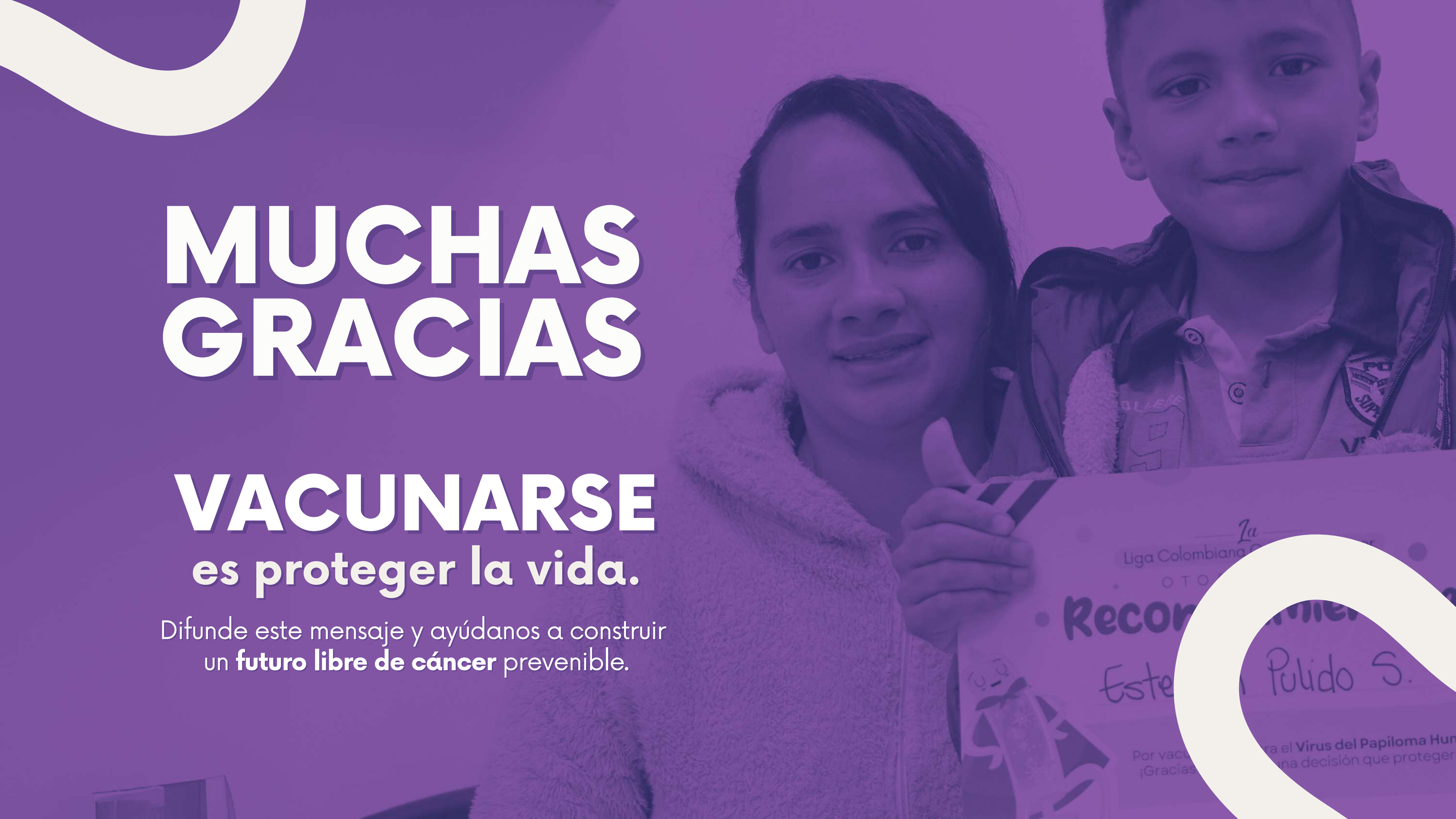
Quimioterapia



Radioterapia

6 Conclusiones y mensajes clave

- **¡El cáncer de cuello uterino es una enfermedad prevenible!**
- La prevención primaria del cáncer de cuello uterino comienza en la infancia con la **vacunación** universal para prevenir la infección por VPH.
- Las **pruebas de VPH y CCV** permite detectar lesiones preinvasivas.
- El uso de **test DNA del virus del papiloma humano (VPH)** es el test con mayor impacto como herramienta de tamización.
- **La correcta implementación de estas estrategias de prevención primarias y secundarias, disminuirán la incidencia y muerte por cáncer de cuello uterino.**

A woman and a young boy are shown from the chest up, holding a vaccine certificate. The woman is on the left, wearing a light-colored jacket, and the boy is on the right, wearing a dark jacket. They are both smiling. The certificate they are holding has text in Spanish, including 'Liga Colombiana', 'OTO', 'Recom', 'Este', 'Pulido S.', and 'Por vacu'. The background is a solid purple color with a large white wavy shape in the top left corner and a large white wavy shape in the bottom right corner.

MUCHAS GRACIAS

VACUNARSE es proteger la vida.

Difunde este mensaje y ayúdanos a construir
un **futuro libre de cáncer** prevenible.

Vacunar

también es **prevenir**

CURSO

VIRTUAL GRATUITO

de **VP****H**
y cánceres
asociados

PRÓXIMAS MASTER CLASS

MAR 23 | ABR 23

