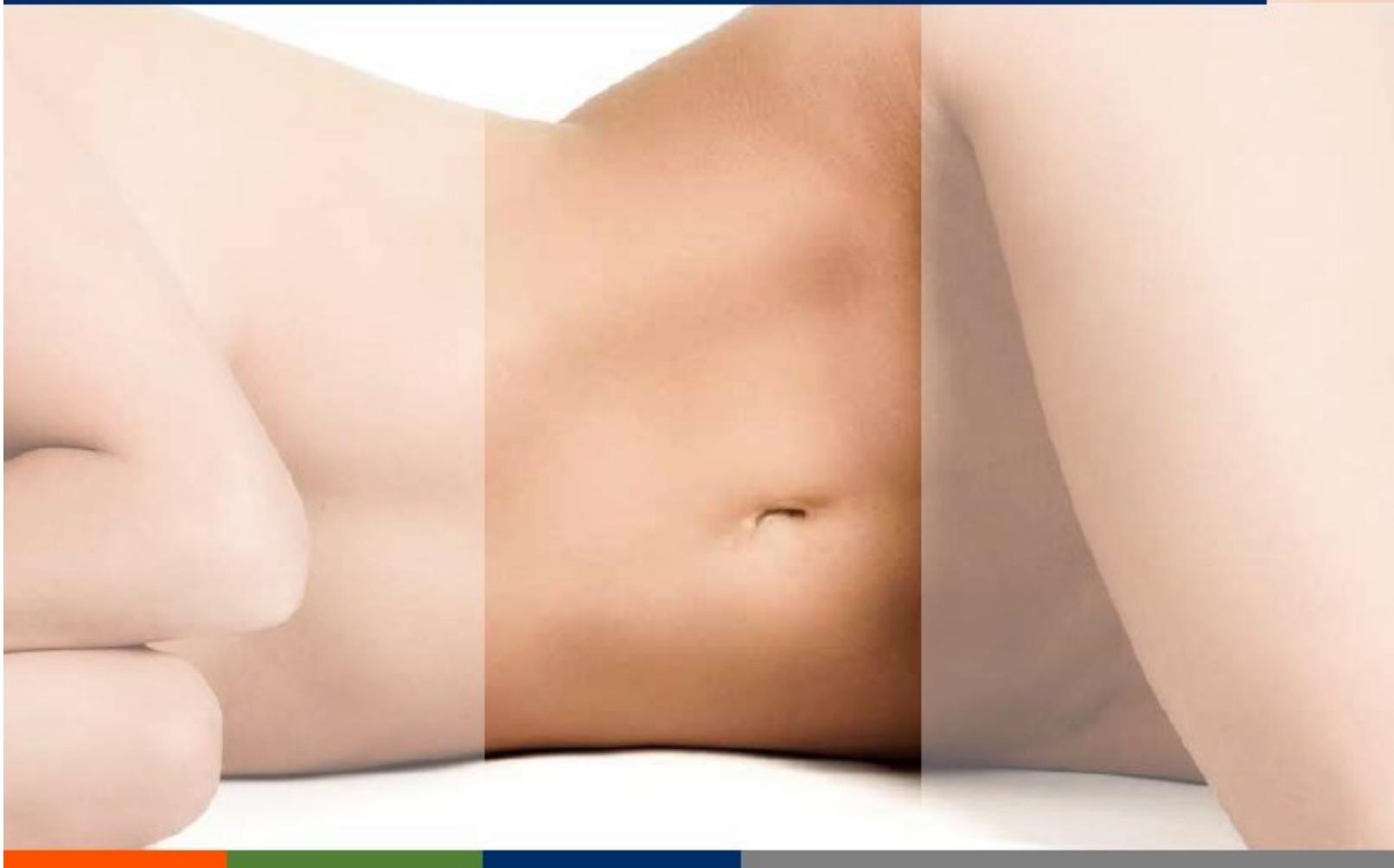


NORMAS DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS LESIONES PREINVASORAS DEL CUELLO UTERINO Y GUÍAS DE MANEJO

PANAMÁ
2017



República de Panamá

Ministerio de Salud/Caja de Seguro Social
Dirección General de Salud

Coordinación Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
Programa de Prevención, Detección y Manejo de las Lesiones Preinvasoras del Cáncer
Cérvico Uterino

NORMAS DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS
LESIONES PREINVASORAS DEL CUELLO UTERINO
Y GUÍAS DE MANEJO

PANAMÁ
2017

Autoridades del Ministerio de Salud

S.E. Dr. Miguel Mayo Di Bello
Ministro de Salud

S.E. Dr. Eric Ulloa
Viceministro de Salud

Dra. Itza Barahona de Mosca
Directora General de Salud

Dra. Felicia Tulloch
Subdirectora General de Salud de la Población

Dr. Raúl E. Bravo Vásquez
Coordinador Nacional del Programa de Salud Sexual y Reproductiva

Lcda. Maritza Nieto de De Gracia
Enfermera Coordinadora Nacional del Programa de Salud Sexual y Reproductiva

Autoridades de la Caja de Seguro Social

Dr. Alfredo Martiz
Director General

Dr. Julio Garcia Valarini
Subdirector General

Dr. Américo Lombardo
Director Ejecutivo Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud

Dr. Francisco Castañeda
Sub-Director Nacional de Atención Primaria en Salud CSS

Dra. Sara Edith Campana
Jefa del Programa Materno Infantil

Lcda. Adela de Ayarza
Enfermera Coordinadora Programa Materno Infantil

AGRADECIMIENTO

Cumpliendo con las directrices del Ministerio de Salud de revisar periódicamente las Normas establecidas en los Programas, la Comisión Nacional Asesora de Patología Cervical y Colposcopia inició el proceso de actualización de las Normas de Prevención, Detección y Manejo de las Lesiones Preinvasoras del Cuello Uterino. Se solicitó a todas las Regiones de Salud se revisara el documento.

La Comisión Nacional Asesora de Patología Cervical y Colposcopia realizó un taller nacional el 24 febrero 2016 para revisar las Normas, tomando en cuenta los aportes de las Regiones.

Grupos de trabajos responsables de la revisión inicial y actualización:

1. Coordinación Nacional del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Dirección General de Salud, Ministerio de Salud
2. Programa Nacional Materno Infantil, Dirección Ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud. Caja de Seguro Social.
3. Comisión Nacional Asesora de Patología Cervical y Colposcopia.

Miembros de la Comisión Nacional Asesora de Patología Cervical y Colposcopia y colaboradores

Dr. Raúl E. Bravo V.

Dra. Magaly M. de Zevallos

Dra. Sara Edith Campana

Dr. Gustavo Gil Lasso

Lcdo. Gregorio Pérez

Dra. Carmen Troya

Dr. Alfredo Juncá

Cit. Norma Méndez

Dr. Alfredo Beitia

Lcdo. Margarita Muñoz

Dr. Efraín Barreiro

Lcda. Adela de Ayarza

Dra. Isabel Lloyd

Lcda. Maritza Nieto

Dra. Ana Victoria Domínguez

Dr. Moisés Espino

Dra. Ruth Vergara

Dr. Cristóbal De Urriola

Lcda. Ibeth González

Dr. Ángel Díaz

Dra. Giselle Aguirre

Dra. Lissette Selva

El Taller de Revisión final, adecuación y validación se realizó 26 y 27 de septiembre de 2016.

Participantes:

MINISTERIO DE SALUD
Coordinación Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
 Dr. Raúl E. Bravo V
 Lcda. Maritza Nieto
 Dra. Isabel Lloyd

Caja de Seguro Social
Programa Materno Infantil
 Dr. Fernando Castañeda
 Dra. Sara Campana
 Lcda. Natividad Mendoza
 Lcda. Adela de Ayarza
 Dra. Ana V. Domínguez

Ministerio de Salud/
Caja de Seguro Social
 Lcda. Norma Méndez
 Lcda. Varinia Francois
 Dr. Carlos Rolla
 Dr. Miguel A. Cáceres

Regiones de Salud

Región Metropolitana de Salud
 Dra. Magalli M. de Zevallos
 Lcdo. Gregorio Pérez
 Dr. Efraín Barreiro

Caja de Seguro Social
 Dr. Alfredo Junca
 Dr. Jose Luis González
 Dr. Cristobal De Urriola

Región de Salud San Miguelito
 Dr. Alejandro Piñango
 Dr. Enrique Biscaino
 Dr. Marcos Díaz

Región de Salud de Panamá Este
 Dra. Lissete Carrera

Región de Salud de Panamá Oeste
 Dra. Lilia Olaya
 Lcdo. Crescencio Gaona
 Lcda. Danitza Ortega
 Dr. Miguel Aparicio

Región de Salud de Panamá Norte
 Lcda. Antonia de Quintero
 Dra. Edna Avendaño

Región de Salud de Bocas del Toro
 Lcda. Margarita Villar
 Lcda. Jaqueline Obando

Región de Salud de Colón
 Lcda. Gioconda Antonio
 Dra. Liliana Barrios

Región de Salud de Chiriquí
 Lcda. Coralia Villareal
 Dra. Liliana De Gracia
 Dra. Aura S. de Guerra
 Dr. José Segovia

Región de Salud de Coclé
 Lcda. Marisol de Carles
 Lcda. Edith Ortega
 Dra. Nubia Ponce
 Dr. Gilberto Edwards

Región de Salud de Herrera
 Dr. Heriberto Prado
 Licda. Zonia González

Región de Salud de Los Santos
 Lcda. Ana Cecilia Montenegro
 Dr. Aybar Hernández

Región de Salud de Veraguas
 Lcda. Vielka Campos
 Dra. María Carrizo

Región de Salud Gnabe Bugle
 Dra. Lilia Garcia

Región de Salud de Kuna Yala
 Dr. Gustavo Rodriguez

Instituto Oncológico Nacional
 Dra. Bleixen Admade

Hospital Santo Tomás Maternidad Maria Cantera de Remón
 Dr. Ernesto Alvarez D.

Hospital Manuel A. Guerrero
 Dr. Eduardo Baso

Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología
 Dr. Alfredo Beitia

Asociación Nacional Contra el Cáncer - ANCEC
 Dr. Domenico Melillo
 Dr. Luis Batista
 Dr. Blas De Gracia

Instituto Conmemorativo Gorgas y Estudios de la Salud- ICGES
 Dr. Juan Pascale

Asociación Panameña para la Planificación Familiar - APLAFA
 Dr. Esteban Ruíz
 Dra. Lissete Selva

ÍNDICE

	PÁGINA
ABREVIATURAS	8
INTRODUCCIÓN	9
I. OBJETIVOS	12
II. PERSONAL, ACTIVIDADES Y ESTRUCTURA DE ATENCIÓN SEGÚN NIVELES Y GRADOS DE COMPLEJIDAD	13
III. COMISIÓN NACIONAL ASESORA DE PATOLOGÍA CERVICAL Y COLPOSCOPIA	16
IV. COMISIONES REGIONALES DE PATOLOGÍA CERVICAL Y COLPOSCOPIA	18
V. ACTIVIDADES DE DETECCIÓN DE LESIONES PREINVASORAS DEL CUELLO DEL ÚTERO MEDIANTE LA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA Y PRUEBAS BIOMOLECULARES	19
VI. EQUIPO, PROCEDIMIENTO Y ENVÍO AL LABORATORIO DE LA MUESTRA DE CITOLOGÍA	24
VII. UNIDADES DE PATOLOGÍA CERVICAL Y COLPOSCOPIA	28
VIII. CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y LESIONES PREINVASORAS	32
IX. REGLAS DE BIOSEGURIDAD	44
X. REFERENCIAS AL INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL (ION) Y LA UNIDAD DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DE LA CSS	47
XI. INDICADORES	49
XII. DOCUMENTOS CONSULTADOS	51
XIII. DEFINICIONES Y TERMINOLOGÍA	53
ANEXOS	56

ABREVIATURAS

ADN	Ácido desoxirribonucleico
AINES	Antiinflamatorio no esteroideo
AIS	Adenocarcinoma in situ
ASC-H	Células Escamosas Atípicas: no puede excluirse una lesión intraepitelial escamosa de alto grado (por sus siglas en inglés: Atypical Squamous Cell, High grade)
ASC-US	Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado (por sus siglas en inglés: Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance)
CAT	Tomografía Axial Computarizada (Por sus siglas en inglés: Computerized Axial Tomography)
CBL	Citología de Base Líquida
CGA	Células Glandulares Atípicas
FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
ITS	Infección de Transmisión Sexual
IVAA	Inspección Visual con Solución de Ácido Acético
LASER	Light Amplification Stimulated Emission of Radiation (por sus siglas en inglés)
LEC	Legrado Endocervical
LEEP	Escisión Electroquirúrgica con Asa (Por sus siglas en inglés: Loop Electrosurgical Excision Procedure)
LIE-AG	Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado
LIE-BG	Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Grado
LLETZ	Exéresis con Asa Grande de la Zona de Transformación (Por sus siglas en inglés: Large Loop Excision of The Transformation Zone)
NIC	Neoplasia Intraepitelial Cervical
CITOLOGÍA	Citología
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PCR	Reacción de Polimerasa en Cadena (PCR por sus siglas en inglés Protein Chain Reaction)
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SPOG	Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología
UPCYC	Unidad de Patología Cervical y Colposcopia
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana.
VPH	Virus del Papiloma Humano
VPH AR	Virus del Papiloma Humano Alto Riesgo

INTRODUCCIÓN

SITUACIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN PANAMÁ

La población estimada en la República de Panamá para el año 2015 basada en el censo del año 2010, asciende a 3,975,404 habitantes. El 49.7% es del sexo femenino. El 56% de la población se ubica en el área urbana. En el país hay 1,445,538 mujeres mayores de 15 años, que hasta la fecha era la población de interés para este programa. Ante los avances científicos y la profundización del conocimiento de la historia natural de la enfermedad, así como el advenimiento de las nuevas tecnologías que permiten la identificación de las mujeres portadoras de los VPH de alto riesgo, las recomendaciones de los expertos a nivel mundial permiten definir al grupo de mujeres 21 años y más como la población objetivo para la detección oportuna del cáncer cervicouterino.

Entre los tumores más frecuentes en la mujer, el cáncer de la mama ocupa el primer lugar con una tasa de incidencia de 26/100,000 mujeres de 15 años y más según datos preliminares para el 2012 del Registro Nacional del Cáncer. El cáncer del cuello uterino ocupa el segundo lugar con una tasa específica de incidencia para la edad para el año 2012, de 25.3 por 100,000 mujeres de 15 años y más. A mediados de la década de los 80 la tasa de incidencia del Ca Cu mostraba cifras de 103.9 / 100,000. A partir de la implementación de la normativa de toma de citología en el año 1983, la incidencia comenzó a mostrar una tendencia descendente, la cual se mantuvo estable en el año 2002 se registró una tasa de 32.7/100,000 y ha

disminuido en el 2012 a una cifra de 15.8/100, 000. La mortalidad por cáncer del cuello uterino se mantuvo constante como la primera causa de muerte por más de 20 años. Sin embargo, desde el año 2011, el cáncer de mama ocupa el primer lugar con una tasa de mortalidad de 10.4 por 100.000 mujeres de 15 años y más, con 193 casos. La tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en el año 2014 fue de 8.5 x 100,000 con 166 casos.

En el año 2000 la tasa de incidencia de cáncer invasor fue de 32.9/100,000 y en 2012 fue de 22.0 /100,000. En 2000 la tasa de cáncer de cuello uterino in situ fue de 25.7/100,000 y para el 2012 se reporta en 10.0/100,000.

Modelo organizativo del Programa Nacional Prevención, Detección y Manejo de Lesiones Preinvasoras del Cáncer Cérvico Uterino

En 1983, se normó la toma de Citología en todas las instituciones de salud del país. El Programa de Prevención, Detección y Manejo de Lesiones Preinvasoras del Cáncer Cérvico Uterino constituye un componente dentro de la Coordinación de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud. El programa se desarrolla en todas las instalaciones de salud del Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social y sus normas aplican también para el sector privado.

Desde su creación en los años 80, se ha realizado la revisión y actualización de las Normas periódicamente cada 3 a 5 años, para entregarles a los proveedores de salud las herramientas necesarias y actualizadas en la lucha efectiva contra el cáncer de cuello uterino. La revisión previa a la actual fue realizada en el año 2010 y su actualización introduce los últimos avances científicos en cuanto al conocimiento de la historia natural de la enfermedad y los avances tecnológicos en cuanto al tamizaje y manejo de las lesiones premalignas del cuello uterino.

Las Normas de Prevención, Detección y Seguimiento de las Lesiones Preinvasoras del Cuello Uterino y Guías de Manejo, establecen la existencia de una Comisión Nacional Asesora de Patología Cervical y Colposcopia, de carácter interinstitucional, intersectorial y multidisciplinario y de Comisiones Regionales con funciones de asesoría y apoyo a la Coordinación del Programa para su mejor desarrollo.

La promoción y detección institucional se lleva a cabo en todos los Policentros, Policlínicas, MINSA CAPSI, Centros de Salud, Unidades Locales de Atención Primaria (ULAPS), Centros de Atención en Promoción y Prevención de Salud (CAPPS), Sub-Centros de Salud, Sub-Sistema de Atención Institucional en áreas de difícil acceso a través de la estrategia de extensión de cobertura del MINSA, haciendo énfasis en el aprovechamiento de todas las oportunidades para la toma de la citología, independientemente del motivo de la consulta.

Se utiliza un formulario estándar para la citología con capacidad de seguimiento hasta de 6 controles. El nivel local lleva un Tarjetario de Seguimiento de Casos para la búsqueda de inasistentes y de pacientes que requieren otros estudios. A toda paciente se le entrega un carné de citología en el cual se anota con tinta la fecha y el resultado de la citología, además, con lápiz la fecha para su próximo control.

Están normados los procedimientos y técnicas para la correcta toma de la citología, su registro y flujo hacia y desde los laboratorios de citología. Además de la tradicional espátula de Ayre y citobrocha, para el extendido citológico, se han incorporado nuevas tecnologías, como la citología de base líquida (CBL) y la tipificación del VPH. Las normas establecen que debe usarse la clasificación de Bethesda actualizada, la cual determina los criterios para juzgar la calidad del espécimen, la presencia o no de células endocervicales, la calidad de la tinción y fijación y otros parámetros definidos.

Los Laboratorios de Citología deben procesar, registrar y entregar resultados en tiempos establecidos. Así mismo, se establecen controles de calidad de la citología. Las Unidades de Patología Cervical y Colposcopia (UPCyC) establecidas en las Regiones de Salud, realizan los estudios correspondientes y las biopsias para la confirmación diagnóstica, así como el tratamiento ambulatorio de lesiones premalignas. Refieren a los hospitales o a Centros Especializados los casos que requieren una intervención mayor. Se cuenta con un protocolo para la supervisión de los Laboratorios de Citología y las UPCyC para evaluar su organización, producción, el cumplimiento de las Normas y condiciones de eficiencia.

Los laboratorios de diagnóstico cito-histopatológicos son responsables del procesamiento e interpretación de las citologías y la elaboración del informe. Aquellos laboratorios que cuenten con la tecnología de tipificación del VPH AR realizarán dichas pruebas. Los Laboratorios de Anatomía Patológica procesan e informan las citologías, biopsias y piezas quirúrgicas y llevan un Registro Diario de Tumores Malignos, copia del cual envían al Registro Nacional del Cáncer. Ambos trabajan en estrecha colaboración con las Unidades de Patología Cervical y Colposcopia para la correlación cito-histo-patológica.

En las instalaciones con Servicios de Ginecología o de Ginecología Oncológica que cuenten con los equipos adecuados, se realiza el tratamiento

quirúrgico de las pacientes con Lesiones Intraepiteliales de Alto Grado, coordinando el seguimiento posterior con las Unidades de Patología Cervical y Colposcopia. El Instituto Oncológico Nacional y el Servicio de Ginecología Oncológica de la CSS, reciben y manejan la mayoría de los casos de cáncer cérvico uterino invasor. El país cuenta con varios centros de servicios oncológicos privados.

Coberturas y Recursos del Programa

La población objetivo del programa a partir de esta revisión y actualización de las normas será la población femenina de 21 años o más, la cual en Panamá para el año 2015 se estimó en 1.276.044.

La citología exfoliativa, la colposcopia, y en la actualidad la tipificación del VPH AR son fundamentales en la lucha contra esta neoplasia. La detección temprana mediante el frotis cervical, combinada con el diagnóstico oportuno y el manejo y seguimiento terapéutico adecuado, permite reducir considerablemente la tasa de incidencia y de mortalidad. Los programas de prevención y control del cáncer cervico uterino, se reconocen como uno de los que tienen mejor relación costo beneficio. Los expertos a nivel mundial en estos programas aseveran que, para reducir a la mitad la mortalidad por este mal, es preciso lograr coberturas de detección del 80% de la población en riesgo.

En el año 2008 se introdujo en el esquema de vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), específicamente para el VPH 16 y 18, a niñas de 10 años, lo que representa un adelanto en la prevención del cáncer de cérvix

causado por estos tipos, considerados en estudios reportados, como factores etiológicos de casi el 70 % de todos los cánceres del Cuello Uterino. En el año 2016 se introdujo la vacuna tetravalente (virus 16,18, 6 y 11) y vacunación a varones del mismo rango de edad.

La falta de un sistema único de información en salud que incluya las estadísticas del MINSA, la CSS, y el sector privado no permite conocer la cobertura real de toma de citología en nuestro país.

En nuestro país la cobertura de citología, es insuficiente para incidir en la mortalidad por cáncer de cuello uterino cuyas tasas se mantienen invariables a través de los años, 13.1/100.000 en 2014 y 14.1/100.000 en 2015, por lo que, se deben ejecutar nuevas estrategias propuestas para lograr un impacto en la morbi-mortalidad.

Las citologías deben ser tomadas por personal médico, enfermeras o personal de salud que se encuentre capacitado para ello, en todas las instalaciones de salud. Adicionalmente, se aprovechan giras médicas a las áreas de difícil acceso para la detección. Las normas actuales incorporan cambios en la toma de la citología con una periodicidad de cada dos años, iniciándose a los 21 años o antes en pacientes con factores de riesgo. Se enfatiza la priorización según grupos con factores de riesgo y en la promoción y detección de la población que no accede a los servicios de salud. La necesidad de extender la detección a las áreas postergadas del país es de vital importancia para el programa a través de campañas de detección y el aprovechamiento de programas de extensión de coberturas de atención primaria.

I. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Establecer los principios, políticas, normas, estrategias y criterios de operación para la prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, control y vigilancia epidemiológica de las lesiones preinvasoras, que permitan la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad del cáncer cérvico uterino.

- A. Fortalecer el Programa de Prevención, Detección y Manejo de Lesiones Preinvasoras del Cáncer Cérvico Uterino.
- B. Lograr coberturas útiles de toma de citología cervical del 80% o más en la población en riesgo.
- C. Establecer una política de recursos humanos y técnicos para el desarrollo eficiente del programa.
- D. Garantizar la atención temprana del 100% de las pacientes con lesiones pre-invasoras y cánceres invasores detectados.
- E. Reforzar la coordinación interinstitucional e intersectorial que asegure la participación activa de los actores sociales en las actividades de prevención, detección, manejo y seguimiento de las lesiones preinvasoras del cuello uterino.
- F. Establecer una base de datos nacional, de carácter interinstitucional e intersectorial, de las coberturas y los resultados de la detección de las lesiones preinvasoras del cuello uterino que permita evaluar el impacto de las acciones del programa.
- G. Contribuir con el Registro Nacional de Cáncer y la vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino a nivel nacional.
- H. Supervisar, monitorear y evaluar periódicamente el Programa de Prevención, Detección y Manejo de las lesiones preinvasoras cérvico uterinas, en sus diversos componentes, a nivel de cada región y a nivel nacional.
- I. Desarrollar acciones de información, comunicación y educación, dirigidas a la población general, en especial a las mujeres, para fomentar buenas prácticas de salud preventiva con énfasis en la salud sexual y reproductiva.

II. PERSONAL, ACTIVIDADES Y ESTRUCTURA DE ATENCIÓN SEGÚN NIVELES Y GRADOS DE COMPLEJIDAD

El control del cáncer cérvico uterino necesita la acción de diversas disciplinas de salud: médicos generales, ginecólogos, patólogos, enfermeras, técnicos de enfermería, citotecnólogos, asistentes de laboratorio de citología, tecnólogos médicos, estadísticos, trabajadores sociales, educadores para la salud, promotores de salud y personal de salud mental; así como el apoyo administrativo en los diferentes niveles de atención.

1. CONSULTORIOS PERIFÉRICOS

POLICENTROS Y POLICLÍNICAS, MINSA CAPSI, CENTROS DE SALUD, ULAPS, CAPPs, SUBCENTROS DE SALUD.

Establecerán la toma e interpretación de citología de forma gratuita. Les corresponde ejecutar la detección precoz, mediante el examen clínico y la toma de la citología exfoliativa convencional o base líquida:

- Con una periodicidad de cada dos años, iniciándose a los 21 años o al ser captadas, o antes, si posee factores de riesgo para cáncer cervical.
- Darles seguimiento a los casos de acuerdo al resultado.

En donde existan recursos médicos capacitados y con las competencias requeridas se podrá ejecutar la colposcopia y toma de biopsias para la evaluación histopatológica de aquellos casos informados como inflamatorios en dos ocasiones consecutivas, Atipias Escamosas (ASCUS), Atipias Glandulares (AGUS), LIE, y CaCu o en pacientes con lesiones clínicas evidentes. Si no cuentan con estos recursos, se referirá a una instalación de mayor complejidad. Cada institución de salud deberá contar con un

sistema de información o archivo calendario para la verificación de la toma de Citología para cada mujer, que facilite la localización de las inasistentes y garantizar el seguimiento y control de todas las mujeres que presenten patología del cuello uterino (tarjeta de seguimiento del caso).

En la medida en que se vaya implementando el expediente electrónico (SEIS o SIS) el Formulario de Solicitud de Citología con que cuenta el expediente electrónico debe ser llenado además del formulario físico, de modo que quede constancia de que se realizó la Citología y que haya la posibilidad de verificar si ha llegado el resultado y anotarlo en el expediente electrónico.

2. LABORATORIOS DE CITOLOGÍA EXFOLIATIVA

Deberán recibir, identificar y procesar las muestras de citología exfoliativa; así como registrar y entregar los resultados a cada unidad ejecutora basado en el Manual de Procedimientos del Laboratorio de Citología OPS, Oficina Regional de la OMS 2002 ISBN 92 75 32419 0. Se procurará la comunicación inmediata a los respectivos niveles de todos los casos positivos.

Cada citotecnólogo es responsable de la lectura de un máximo de 50 placas de citología por día, para un total de 10,000 citologías por año. Los citotecnólogos trabajan bajo la jefatura de un patólogo quien los supervisa; se deberá implementar un control de calidad rutinario en cada laboratorio. El patólogo supervisor deberá revisar el 100% de las citologías anormales o con cambios celulares reactivos atípicos. Para fines de garantizar un adecuado control de calidad y priorizar la correlación cito-colpo-histológica, el

10% de las citologías negativas deben ser revisados por el patólogo supervisor o por un citotecnólogo de mayor experiencia.

Los laboratorios de citología deberán enviar un informe mensual al Departamento de Registros Estadísticos en Salud Regional, de todos los resultados de citología leídos con su correspondiente clasificación. A su vez el nivel regional de Registros Estadísticos en Salud deberá enviar esta información a nivel Nacional.

3. LABORATORIO DE GENOTIPIFICACIÓN MOLECULAR

El Laboratorio de Genotipificación Molecular recibirá el vial de medio líquido con el espécimen incluido y es responsable de procesar la muestra para la detección de ADN del VPH, incluyendo los genotipos de alto riesgo. El personal del laboratorio debe enviar el resultado al médico tratante/unidad/servicio correspondiente.

En caso de que la muestra sea rechazada por alguna de las causas señaladas en el formulario de rechazo de muestras (anexo 15), el laboratorio es el responsable de comunicar al departamento correspondiente en un término no mayor de 7 días hábiles, para que se realice una nueva toma de muestra y se proceda con el envío al laboratorio.

4. UNIDADES DE PATOLOGÍA CERVICAL Y COLPOSCOPIA:

Recibirán las pacientes con citología anormal referidas por los médicos o enfermeras. Deberán realizar el examen colposcópico y la biopsia para la evaluación histopatológica de los casos informados como inflamatorios en dos ocasiones consecutivas, Atipias Escamosas (ASCUS), Atipias Glandulares (AGUS), LIE, y CaCu o en pacientes con lesiones clínicas evidentes, realizar el seguimiento y el tratamiento ambulatorio de estas pacientes según las guías vigentes y realizar la referencia de pacientes que requieran hospitalización.

Las unidades de colposcopia deben llevar un registro de las actividades y diagnósticos (anexo 9). Esta información debe ser enviada al Departamento

de Registros Estadísticos en Salud Regional el cual elaborará el informe estadístico de cada unidad.

Los Hospitales Nacionales y Regionales deberán contar con estas unidades además de las establecidas en unidades de primer nivel.

Los responsables de cada instalación donde se lleva a cabo el programa de prevención del cáncer cérvico uterino, garantizarán que la información obtenida se correlacione en los casos en donde hay discrepancia mayor o menor de un grado en los hallazgos, entre las Médicos Ginecólogo tratantes de las unidades responsables de la toma de muestras y los laboratorios de cito patología donde se leen. En esta correlación deberá participar además del responsable de la instalación, los Ginecólogos, Citotecnólogos, Patólogos involucrados en el caso.

5. LABORATORIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Les corresponde el procesamiento de biopsias y piezas quirúrgicas, los diagnósticos histopatológicos y la elaboración del informe. Llevarán una Hoja de Registro Diario de Tumores donde informarán mensualmente al Departamento de Registros Estadístico en Salud de cada Región y al Registro Nacional del Cáncer el número de casos con diagnóstico de lesión intraepitelial escamosa de alto grado (LIE AG) y carcinoma de cuello uterino. Los laboratorios de anatomía patológica deberán trabajar en estrecha colaboración con las Unidades de Patología Cervical y Colposcopia. Deberán estimular, fortalecer y realizar las correlaciones cito-colpo-histológicas a nivel institucional y regional.

6. HOSPITALES REGIONALES, NACIONALES, PÚBLICOS, PRIVADOS Y CENTROS DE CIRUGÍA AMBULATORIA CON PERSONAL ESPECIALIZADO EN GINECOLOGÍA:

Les corresponde el tratamiento quirúrgico de las pacientes con neoplasias cervicales referidas, coordinando el seguimiento posterior con Unidades de Patología Cervical y Colposcopia. En los hospitales nacionales y regionales deberán contar

con dicha Unidad.

Deben enviar un informe mensual al Departamento de Registros Médicos y Estadísticas Regional de todas las intervenciones quirúrgicas relacionadas con la patología de cuello.

Establecer como requisito para hospitalizaciones electivas o en aquella que necesite hospitalización por cualquier motivo exigir como requisito la citología de la paciente.

7. MONITOREO DE LA INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

Las Coordinaciones Nacionales y Regionales deben velar por que se realice la supervisión y monitoreo del programa de prevención del cáncer cérvico uterino cada año en todos sus niveles, utilizando los formatos de evaluación y supervisión existentes (ver anexo 5, 6 y 7).

Los informes estadísticos que entrega REGES deben ser evaluados trimestralmente por los responsables del programa en cada nivel, Regional y Nacional.

Los grupos de población considerados para la medición de las coberturas y el impacto del programa serán:

De 20 a 24 años

De 25 a 29 años

De 30 a 64 años

III. COMISIÓN NACIONAL ASESORA DE PATOLOGÍA CERVICAL Y COLPOSCOPIA

La Comisión Nacional Asesora de Patología Cervical y Colposcopia estará bajo la estructura del Departamento de Salud y Atención Integral a la Población, presidida por el Coordinador Nacional del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud, , quien está a cargo del Programa Nacional de Prevención, Detección y Manejo de las Lesiones Preinvasoras del Cáncer Cérvico Uterino.

1. Integrantes:

1. Coordinador Nacional del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud y encargado del Programa de Prevención, Detección y Manejo de las Lesiones Pre-malignas del Cáncer Cérvico Uterino.
2. El Jefe del Programa Materno Infantil de la Caja de Seguro Social o su representante.
3. El Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Santo Tomás o su representante.
4. El Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología Complejo Hospitalario “Dr. Arnulfo Arias Madrid” o su representante.
5. El Jefe de Patología del Hospital Santo Tomás o su representante.
6. El Jefe de Patología del Instituto Oncológico Nacional o su representante.
7. El Jefe de Patología del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid o su representante.
8. El Patólogo Coordinador del Laboratorio Cito – Histopatológico de la Región Metropolitana de Salud.
9. Un representante de los Citotecnólogos del

MINSA, CSS e ION.

10. Dos Ginecólogos Colposcopistas (uno del Ministerio de Salud, uno de la Caja de Seguro Social).
11. El Jefe de Ginecología Oncológica del Instituto Oncológico Nacional o su representante.
12. El Presidente de la Asociación Nacional Contra el Cáncer (ANCEC) o su representante.
13. La Jefa del Departamento Nacional de Enfermería del Ministerio de Salud o su representante.
14. La Jefa del Departamento Nacional de Enfermería de la Caja de Seguro Social o su representante
15. Un representante de cada una de las Comisiones Regionales.
16. El Presidente de la Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología (SPOG) o su representante.
17. El presidente de la Asociación Panameña de Patología o su representante.
18. Un representante de la Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia (APLAFA).
19. Un representante del Departamento de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud.
20. Un Representante de Asesoría Legal del Ministerio de Salud.
21. Coordinador Nacional de los laboratorios de Citología del Ministerio de Salud.

2. Funciones de la Comisión Nacional

- a. Velar por la revisión, actualización e implementación de estas Normas por lo menos cada 3 a 5 años
- b. Facilitar la implementación y los mecanismos necesarios para que se cumplan las Normas vigentes.
- c. Coordinar y supervisar a nivel nacional los programas de lucha contra el cáncer de cuello uterino.
- d. Fortalecer el control de calidad de todos los procesos del Programa.
- e. Recibir los informes de auditoría de casos de CaCu Invasor y realizar el análisis epidemiológico correspondiente.
- f. Promover el establecimiento de Unidades de Patología Cervical y Colposcopia con todos los recursos necesarios para la detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
- g. Coordinar y asesorar sobre la necesidad de formación y capacitación de recursos humanos que participan en la lucha contra el cáncer de cuello uterino, así sobre las necesidades de material y equipo.
- h. Colaborar con la Comisión de Registro Nacional de Cáncer.
- i. Fortalecer la coordinación permanente entre el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, en todas las actividades de normatización, capacitación e investigación sobre cáncer de cuello uterino.
- j. Cualquiera otra función que la Comisión considere.
- k. Con aprobación del Ministerio de Salud elaborar un reglamento interno de su funcionamiento para la ejecución de sus acciones.

IV. COMISIONES REGIONALES DE PATOLOGÍA CERVICAL Y COLPOSCOPIA

Se Conformarán las Comisiones Regionales.

1. Integrantes:

Coordinador de Salud Sexual y Reproductiva Regional, Médicos Colposcopistas, Patólogos, Oncólogos, Citotecnólogos y Enfermeras que sean funcionarios del MINSA, CSS, ANCEC y APLAFA. Estas Comisiones contarán con un coordinador.

De esta Comisión Regional se escogerá un representante para participar en las reuniones a las que la Comisión Nacional los convoque.

2. Funciones de las Comisiones Regionales

- a. Promover el establecimiento de Unidades de Patología Cervical y Colposcopia.
- b. Apoyar los procesos de promoción, educación continua e investigación dirigidos a fortalecer el Programa.
- c. Realizar las auditorías de casos de CaCu Invasor y enviar copia de las mismas a la Comisión Nacional.
- d. Participar de las reuniones que sean convocadas por la Comisión Nacional.

V. ACTIVIDADES DE DETECCIÓN DE LESIONES PREINVASORAS DEL CUELLO DEL ÚTERO MEDIANTE LA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA Y PRUEBAS BIOMOLECULARES

La detección temprana del cáncer cérvico uterino se constituye en la primera actividad dentro de las instalaciones de salud y consiste en la realización de exámenes clínicos ginecológicos y la toma de muestra de citología cervical exfoliativa (PAP) a la población femenina, en busca de alteraciones causadas por VPH y de lesiones preinvasoras asintomáticas en fase intraepitelial y/o Carcinoma de Cuello Uterino Etapa 0 (CaCu E0).

Cuando se disponga y esté indicado se efectuarán pruebas para la detección y/o la tipificación viral.

Las opciones para la realización de las pruebas de tamizaje según la edad, área o región y disponibilidad del recurso tecnológico son las que se describen a continuación:

1. Prueba de Citología exfoliativa por técnica convencional (CITOLOGÍA) o Citología de Base Líquida (CBL)

La citología cervical exfoliativa es un examen cuyo objetivo es detectar células cervicouterinas anormales. La citología exfoliativa del cérvix deberá ser tomada por personal médico, enfermeras y personal de salud que se encuentre capacitado y calificado para ello.

Las pacientes serán citadas en un plazo no mayor de un mes luego de tomada la muestra para la entrega de resultados e informar el plan de seguimiento apropiado.

En todos los casos se debe utilizar la tarjeta de seguimiento de caso (ver anexo 3), ya que se usa

para garantizar la localización de las pacientes y verificar que hubiese acudido al centro de referencia.

La citología debe realizarse a la población femenina con una periodicidad de cada dos años de acuerdo al resultado, iniciándose el examen a partir de los 21 años (Algoritmo #1).

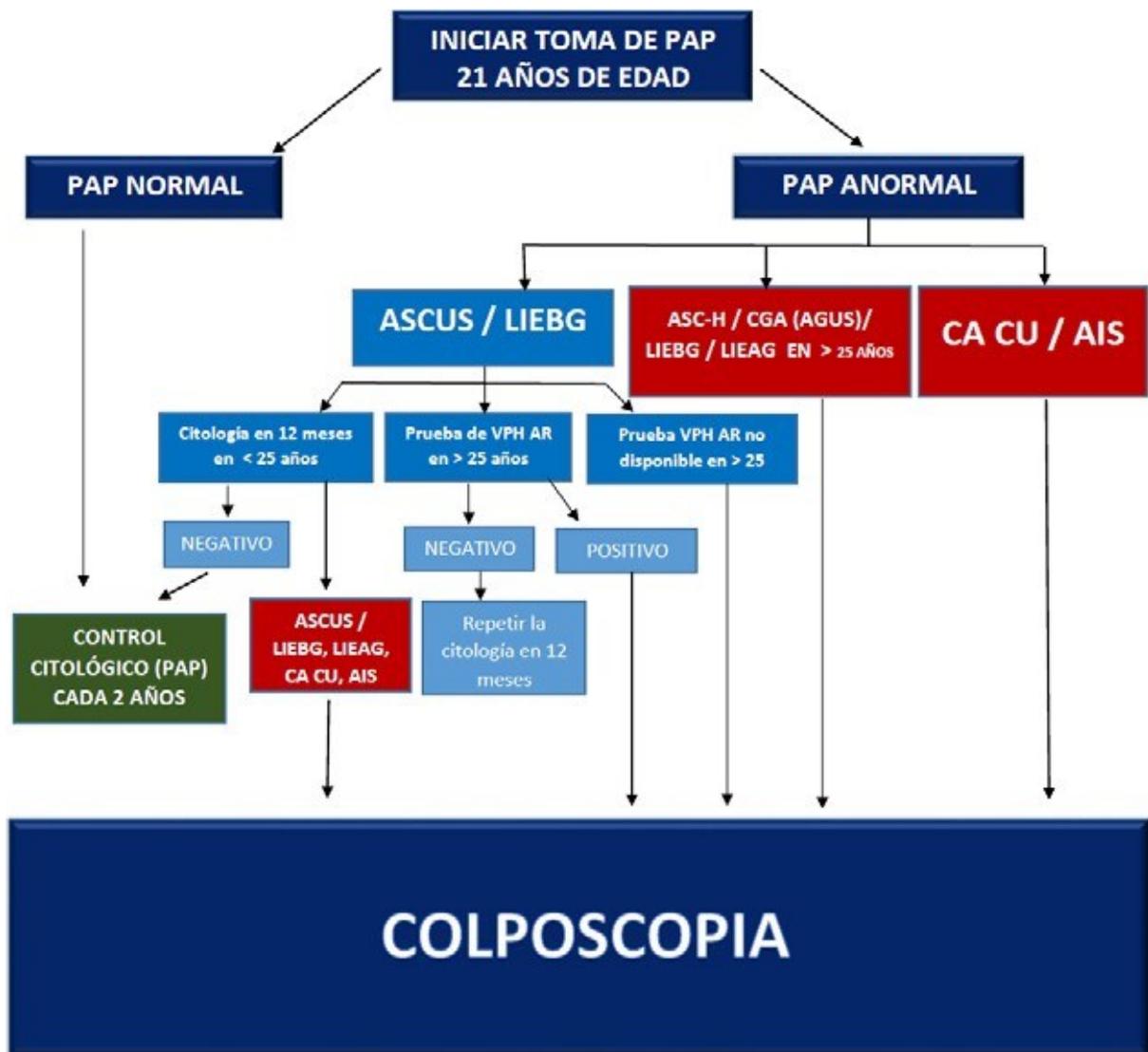
Se exceptuarán de esta norma aquellas pacientes menores de 21 años que por presentar factores de riesgo requieran la toma de la citología antes.

Deberá intensificarse la promoción y detección en los grupos de mujeres fuera de los Programas básicos, a las que nunca se les ha realizado una citología y a las mujeres entre las edades de 25 a 59 años.

Aunque no hay un consenso mundial en la edad en que se debe suspender la toma de citología, se recomienda realizarla hasta los 70 años de edad si la paciente tiene las 3 citologías previas negativas en los últimos 10 años con la prueba más reciente en los últimos 3 años.

En la Hoja de Registro Diario de Actividades se identificará citología de ingreso (1) a la paciente que se hace el estudio por primera vez o tiene más de 3 años del último estudio. La citología nueva (2) es aquella que se le toma a la paciente que se hace el estudio por primera vez o tiene más de 2 años del último estudio. Citología de reconsulta (3) es aquella repetida dentro del mismo año. (4) Registro de resultado de PAP tomado en otra institución que presenta la evidencia.

Alogaritmo de Tamizaje mediante la Citología Exfoliativa (PAP) en Mujeres mayores de 21 años



OPCIONES PARA EL TAMIZAJE DEL CÁNCER DEL CUELLO DEL ÚTERO

2. TAMIZAJE PRIMARIO CON PRUEBA VPH-AR

De contarse con las pruebas de detección molecular del virus de Papiloma humano de alto riesgo (tipificación VPH AR) se podrán utilizar para el tamizaje de las pacientes a partir de los 25 años hasta los 64 años.

Manejo de los Resultados

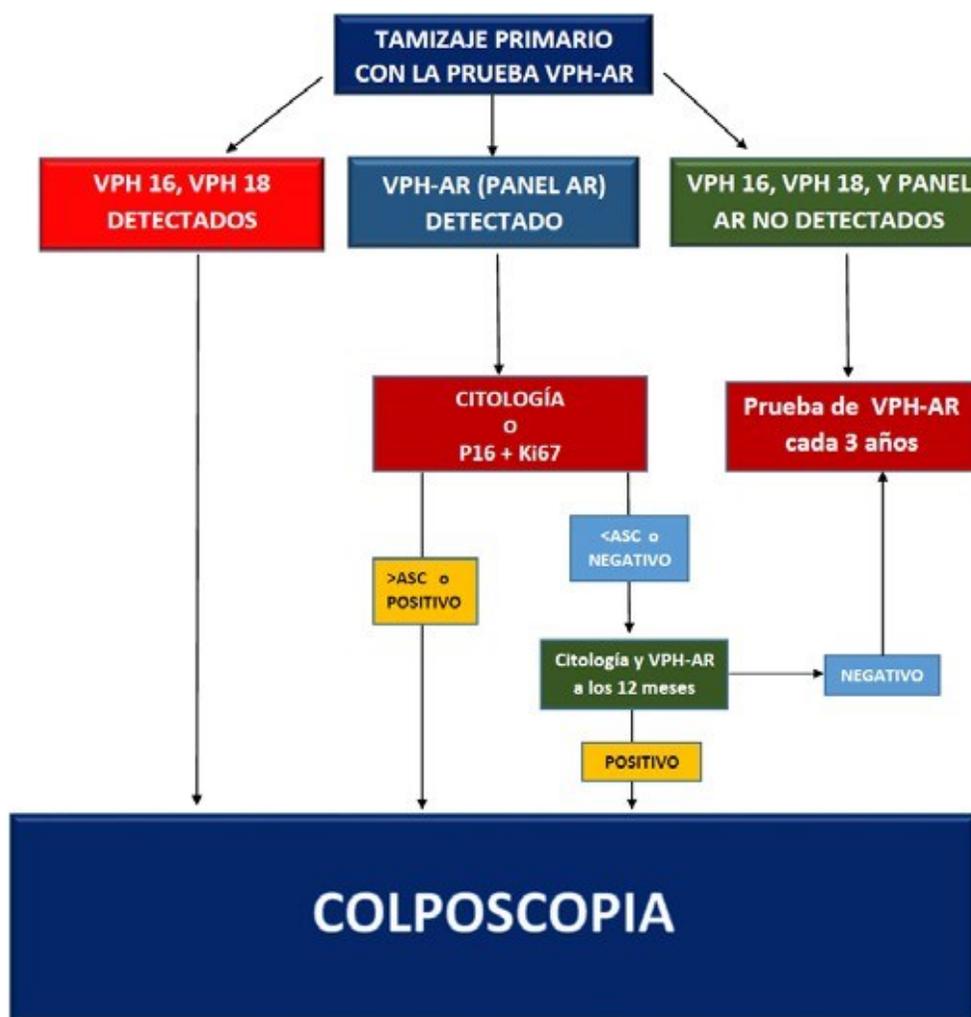
En caso de resultado de la prueba de detección molecular del VPH AR negativa se repetirá cada 3 años.

En caso de la prueba positiva, se procederá a realizar una CITOLOGÍA para descartar la presencia de lesión precancerosa en cérvix y/o vagina.

Si la CITOLOGÍA resulta positiva por lesión, se debe manejar según flujograma respectivo (Algoritmo #2).

Si la CITOLOGÍA es negativa por lesión se continuará el seguimiento con CITOLOGÍA y prueba de detección molecular de VPH AR a los 12 meses. Con dos pruebas de detección molecular del VPH AR negativas, se continúa con seguimiento cada 3 años con pruebas de detección molecular de VPH AR.

Algoritmo de Tamizaje de Mujeres desde los 25 años a los 64 años si cuenta con la prueba de VPH-AR



*VPH-AR detectado por tipificación, prueba Cobas HPV

La cobertura óptima debe ser igual o superior al 80% de la población en riesgo a partir de los 21 años.

Cualquiera que sea el resultado de la citología, si clínicamente hay sospechas de cáncer cérvico uterino, debe prevalecer el criterio clínico para determinar la conducta a seguir. En estos casos, el personal capacitado puede tomar la biopsia y de no existir el recurso, debe referir a las Unidades de Patología Cervical y Colposcopia.

3. TAMIZAJE POR PRUEBA CO-TEST

Metodología que consiste en combinar las pruebas de citología y detección de VPH AR para el cribado de lesiones del cérvix en pacientes de 30 hasta 64 años de edad.

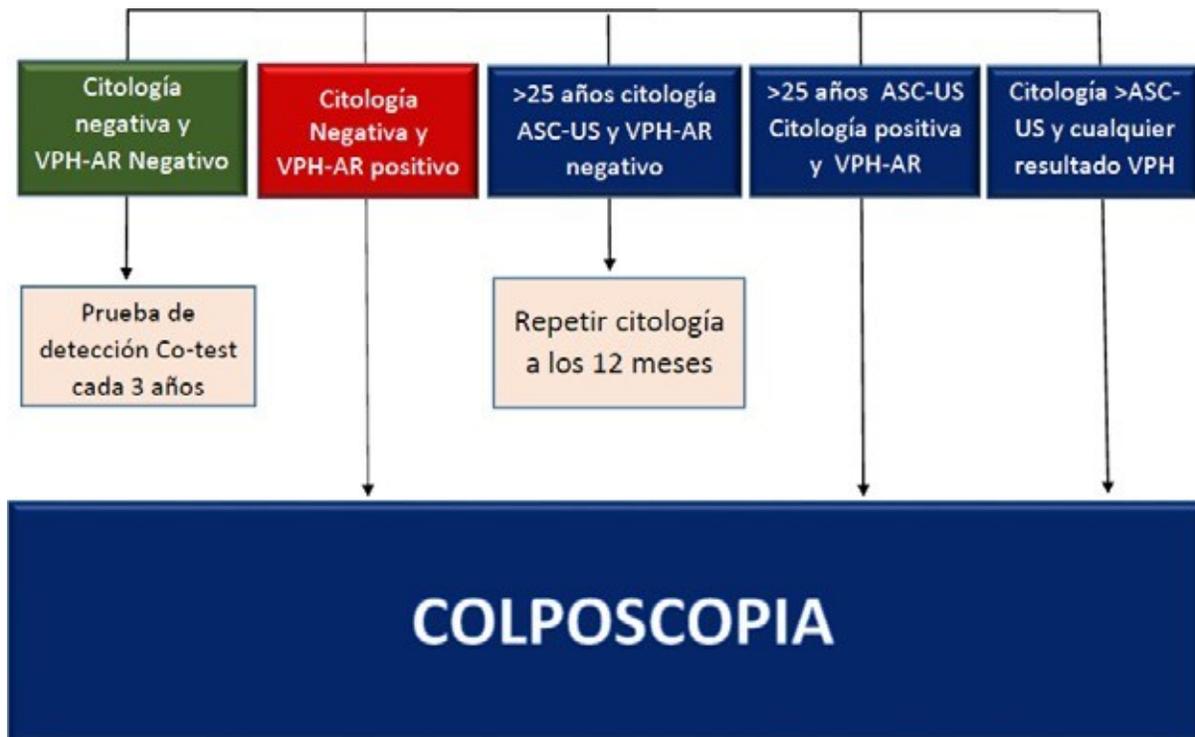
Manejo de los resultados

Si ambas pruebas son negativas se recomienda repetir el co-test en 3 años. De presentar Citología negativa y tipificación VPH AR positiva se recomienda realizar una colposcopia. La paciente mayor de 25 años o más, con citología reportada como ASCUS y prueba de VPH AR negativo se recomienda realizar citología en 12 meses. En pacientes con ASCUS con VPH AR positivo se realizará colposcopia. Cualquier citología mayor de ASCUS deberá realizarse colposcopia. (Algoritmo #3)

La cobertura óptima debe ser igual o superior al 80% de la población en riesgo a partir de los 21 años.

Cualquiera que sea el resultado de la citología, si clínicamente hay sospechas de cáncer cérvico uterino, debe prevalecer el criterio clínico para

Algoritmo de Tamizaje para Mujeres mayores de 25 años según Resultados de la Citología y Prueba VPH-AR (CO-TEST)



determinar la conducta a seguir. En estos casos, el personal capacitado puede tomar la biopsia y de no existir el recurso, debe referir a las Unidades de Patología Cervical y Colposcopia.

4. INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO (IVAA)

Es una alternativa a la citología en áreas de difícil acceso y escasos recursos o donde no cuentan con servicio de laboratorio de citología de fácil acceso, realizado por personal capacitado.

La Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA), se refiere al examen del cérvix uterino a visión directa. Se aplica ácido acético al 3-5% con un hisopo, torunda de algodón o rociador en spray. Se espera al menos un minuto, y se visualiza directamente el cérvix con una luz brillante. El efecto del ácido acético es destacar alteraciones en el cérvix.

El personal que realice este procedimiento debe estar capacitado para realizarlo. De encontrar lesiones al momento de realizar la prueba, debe referir a la paciente a una unidad donde cuente con el personal y equipo necesario para su completa

evaluación y seguimiento. En las mujeres postmenopáusicas este método no se recomienda.

5. MONITOREO DE LA INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

Las Coordinaciones Nacionales y Regionales deben velar por que se realice la supervisión y monitoreo del programa de prevención del cáncer cérvico uterino cada año en todos sus niveles, utilizando los formatos de evaluación y supervisión existentes (ver anexo 5, 6 y 7).

Los informes estadísticos que entrega REGES deben ser evaluados trimestralmente por los responsables del programa en cada nivel, Regional y Nacional.

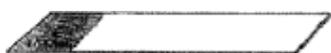
Los grupos de población considerados para la medición de las coberturas y el impacto del programa serán:

1. De 20 a 24 años
2. De 25 a 29 años
3. De 30 a 64 años

VI. EQUIPO, PROCEDIMIENTO DE LA TOMA Y ENVÍO AL LABORATORIO DE LA MUESTRA DE CITOLOGÍA Y PRUEBA MOLECULAR DE VPH

1. MATERIAL Y EQUIPO ESPECÍFICO:

- a. Porta Objetos con extremo esmerilado



- b. Espátulas de madera Ayre y citobrocha.



- c. Fijador aerosol específico para citología (Citospray) o alcohol etílico al 95%.



- d. Guantes

- e. Espéculos

- f. Cuaderno especial para el registro de las placas enviadas al laboratorio de citología.

- g. En el caso de disponer de la tecnología para la citología de base líquida se utilizarán los envases y dispositivos para la toma que suministre el laboratorio.

2. PROCEDIMIENTO Y TECNICA PARA TOMAR LA MUESTRA DE CITOLOGÍA.

- a. Verifique que tiene todos los utensilios y equipos necesarios

- b. Notifique a la paciente sobre el examen que se le realizará.

- c. Identificación de la lámina (porta objetos).

La placa será identificada con las iniciales de la paciente y el número de cédula de identidad personal y en su defecto, el número de expediente. Esta identificación se hará con lápiz N°. 2 o marcador especial; directamente sobre el porta-objetos. Deberá evitarse el uso de esparadrapo o cinta adhesiva para la identificación.

- d. Coloque a la paciente en posición ginecológica.



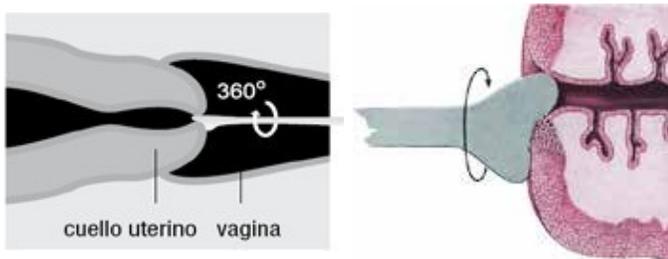
- e. Introduzca el espéculo sin lubricar y visualice el cuello.



f. En caso de vaginitis atrófica o muy poca lubricación, moje un poco la punta del espéculo con solución salina normal o agua corriente.

g. Recoja la muestra con espátula tipo Ayre.

h. Recoja la muestra de la unión escamo columnar. Cuando la unión escamo columnar es endocervical, además de tomar la muestra exocervical con espátula de Ayre, también deberá tomar la muestra endocervical con cepillo endocervical (Citobrocha).



i. Cuando existe un “ectropión”, hay que recordar que la unión escamo-columnar se encuentra en la periferia del “ectropión” y que es en ese nivel que se debe tomar la muestra usando la parte roma de la espátula.

j. En caso de que haya excesiva cantidad de moco cervical, se puede retirar el moco con un hisopo de algodón empapado de solución salina.

k. El raspado con la espátula de Ayre se hará con un movimiento giratorio 360° haciendo una ligera presión para obtener muestra de toda la unión escamo columnar exocervical.

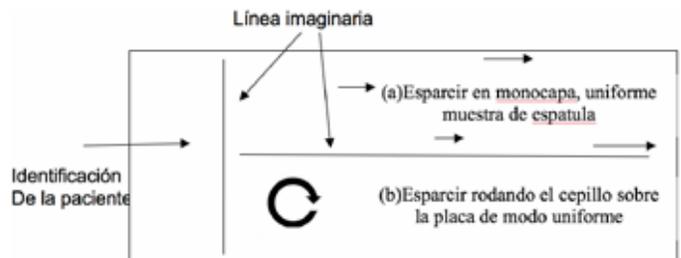
l. Se distribuye de manera uniforme formando una monocapa con la misma espátula sobre el portaobjetos limpio previamente rotulado.

m. Para la toma de la muestra con el cepillo endocervical se introduce suavemente el mismo en el canal endocervical y dando solo un cuarto de vuelta y se retira para el extendido.

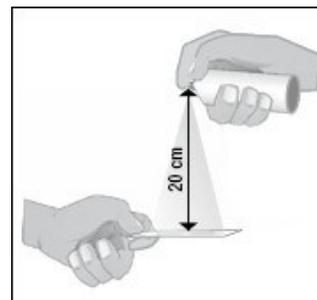
n. El extendido con el cepillo endocervical habitualmente se realizará de forma lineal, se apoya sobre la laminilla en la porción cercana a la

identificación y con un movimiento de rodamiento se desliza sobre la superficie de forma amplia y uniforme hasta aproximarse al extremo de la laminilla.

o. De ser necesario tomar la muestra con la espátula y con el cepillo endocervical se debe colocar ambas muestras en el mismo porta objetos, colocando inicialmente en la parte superior de la placa la tomada con la espátula (a) y en la parte inferior la del cepillo endocervical (b) según el esquema siguiente.



p. Se debe fijar en menos de cinco segundos luego del extendido en el porta objeto usando citospray a una distancia de 20 a 30 cm. colocándolo en posición horizontal hasta que se seque el extendido cérvico - vaginal.



q. Si no hay aerosol, se coloca la lámina en alcohol etílico al 95%; el alcohol debe quedar por encima del extendido. Si no se dispone del envase Coplin, se pueden introducir las laminillas en un frasco con alcohol al 95 %, en el borde de las laminillas se colocará un “clip” para evitar que se adhieran unas a otras manteniendo cerrado el recipiente.



r. Los frotis deben permanecer en el líquido fijador durante media hora y no más de dos semanas. Transcurrida la media hora las laminillas pueden sacarse del alcohol al 95% y una vez secas deben colocarse en la cajilla o en envases para portar las placas fijadas o en sobres.

s. No se debe utilizar alcohol etílico menor de 95%, ni éter, ni formalina, ni alcohol metílico o isopropílico.

3. CITOLOGÍA DE BASE LÍQUIDA (CBL)

Existe la citología de Base Líquida para preparar el frotis de Citología. El dispositivo (citobrocha) con la muestra obtenida del cérvix se introduce y se deja sumergida en el recipiente con la solución preservadora de células, en vez de ser colocada sobre el portaobjetos de cristal. De forma que todo el material se mantiene disponible para el laboratorio.

No hay estudios que demuestren hasta el momento, que aumente la sensibilidad o especificidad al realizar citología de base líquida en comparación con la Citología convencional.



4. RECOLECCIÓN PARA MUESTRAS DE PRUEBAS MOLECULARES DEVPH

La técnica utilizada para esta prueba es la misma que se utiliza para la citología de base Líquida. La citología de base Líquida tiene la capacidad de conservar las células remanentes en el mismo vial, de manera estandarizada, para una subsecuente prueba de ADN del VPH.

Otra ventaja del uso del vial es que se pueden elaborar bloques celulares para tinciones de inmunocitoquímica e identificar los marcadores específicos de la progresión displásica.

5. ENVÍO DE LAS MUESTRAS DE CITOLOGÍA A LOS LABORATORIOS

La institución de salud que toma las Citologías, enviará las muestras debidamente fijadas, rotuladas y embaladas al laboratorio de citología en un tiempo no mayor de una semana.

Las muestras deben ir acompañadas o engrapadas a los correspondientes formularios de Solicitud de Citodiagnósticos con la información clínica pertinente (nombre, edad, estatus menstrual, histerectomía, embarazo, terapia hormonal, resultados previos anormales, tratamientos, biopsias, sangrados anormales, etc.) con el cuaderno o fólter especial para registro de las placas enviadas. Las que requieran tipificación VPH AR se les anexará la hoja de solicitud correspondiente y se registrará en forma individual (ver anexo 16).

Las instituciones de Salud de zonas de difícil acceso podrán enviar las muestras cada 15 días y no más de un mes.

6. RECEPCIÓN DE LAS MUESTRAS EN EL LABORATORIO

Las muestras se recibirán con sus respectivos formularios y se cotejarán al momento de la entrega.

No se recibirán en el laboratorio muestras sin el respectivo formulario correctamente llenado o con falta de información, rotas o sin el respectivo cuaderno de registro de muestras de cada centro.

Los resultados de citología se enviarán luego de su lectura, revisión y registro desde el laboratorio

de citología a los respectivos centros de atención de donde fueron recibidas en un plazo no mayor de 2 semanas.

Si se presentan placas de citología sin que cumplan los requisitos mínimos establecidos en los laboratorios, se llenará el FORMULARIO DE RECHAZO DE MUESTRA que explica las causas (ver anexo15) y se regresará inmediatamente a su respectivo centro de salud para que se proceda a localizar a la paciente y repetir el estudio en un plazo no mayor de 2 semanas.

VII. UNIDADES DE PATOLOGÍA CERVICAL Y COLPOSCOPIA

En principio las pacientes que se atienden en estas Unidades son referidas de los centros de atención primaria por el resultado anormal de una Citología y/o Tipificación VPH AR positivo. También se captan pacientes referidas por criterio clínico sin anomalías citológicas y para seguimiento. La Unidad de Patología Cervical y Colposcopia admitirá a pacientes que presenten una lesión clínica evidente referidos por cualquier personal de salud (médico especialista, médico general o enfermera). Toda referencia debe venir debidamente explicada en el formulario del Sistema de Referencia y Contra Referencia vigente (SURCO).

1. HABILITACIÓN DE UNIDADES DE PATOLOGÍA CERVICAL Y COLPOSCOPIA (UPC Y C)

El Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social tienen la responsabilidad de habilitar UPC y C, por la alta morbilidad del cáncer de cuello uterino en la República de Panamá e instituciones afines en la lucha contra el cáncer pueden colaborar con el Ministerio de Salud en este esfuerzo bajo la supervisión de la Coordinación de Salud Sexual y Reproductiva del Departamento de Salud y Atención Integral a la Población en la Dirección General de Salud del Ministerio de Salud.

Aquellas Unidades de Patología Cervical y Colposcopia instaladas en instituciones gubernamentales o no gubernamentales y clínicas privadas siempre estarán sujetas a supervisión por el Ministerio de Salud con la intención de lograr el fiel cumplimiento de la Normativa en materia de salud.

El Director del Hospital o Unidad tendrá la responsabilidad de apoyar las necesidades de la Clínica de Colposcopia. El Jefe del servicio de Ginecología y Obstetricia coordinará las actividades del Colposcopista.

Las Unidades de Patología Cervical y Colposcopia son centros de adiestramiento para el recurso humano involucrado. Deben dar docencia continua al personal interdisciplinario, ginecólogos, patólogos, citotecnólogos, personal de enfermería, médicos residentes e internos y a cualquier otro personal involucrado. Deben procurar la integración real y funcional del personal interdisciplinario que participa en la detección y educación de la comunidad.

2. PERSONAL BÁSICO

a. MÉDICO GINECÓLOGO OBSTETRA CON ENTRENAMIENTO EN Colposcopia:

El Médico Ginecólogo Obstetra con entrenamiento en Colposcopia es el responsable de la Unidad de Patología Cervical y Colposcopia. Deberá brindar el entrenamiento necesario al personal que labora en la clínica.

Cualquier otro personal médico capacitado en Patología Cervical y Colposcopia deberá contar con la supervisión de un Ginecólogo Obstetra con entrenamiento en Colposcopia.

b. PERSONAL DE ENFERMERÍA:

Una enfermera y/o una técnica en enfermería quienes han recibido previamente capacitación en las funciones que les correspondan según competencias, por el médico colposcopista de la Unidad de Patología Cervical y Colposcopia.

c. SALUD MENTAL Y TRABAJO SOCIAL:

Las actividades del médico colposcopista y la enfermera serán apoyadas por el Departamento de Salud Mental y Trabajo Social, quienes deberán conocer el Programa de Prevención, Detección y Manejo del Cáncer Cérvico Uterino, así como los mecanismos de referencia y contra referencia.

d. PERSONAL ADMINISTRATIVO:

Una secretaria y un mensajero cuyas funciones son asignadas por la unidad administrativa de la Instalación.

3. PROCESO DE ATENCIÓN

a. El personal administrativo hará la inscripción de pacientes y confección de un registro de ingreso. Verificará que acude con su referencia (SURCO) de unidades periféricas con su resultado de Citología. De preferencia debe incluir el número de identificación de la placa para la eventual correlación cito-colpo-histopatológica.

b. Actividades del personal médico:

1. Llenar el expediente clínico.
2. Realizar el examen colposcópico y llenar el colpograma completo.
3. Realizar biopsia dirigida si es necesario y llenar el formulario de histopatología.
4. Realizar tratamiento ambulatorio local: aplicación de ácido tricloroacético saturado, criocirugía, cauterización, Asa diatérmica.
5. Programar control citológico y/o colposcópico correspondiente.
6. Referir al hospital o centros de cirugía ambulatoria para cono diagnóstico y/o terapéutica si no cuenta con recursos o personal capacitado.
7. Realizar seguimiento post-operatorio y luego darle de alta para continuar en una consulta general ginecológica.
8. Referir al Instituto Oncológico Nacional y Complejo Hospitalario Arnulfo Arias Madrid de la C.S.S., todos los casos de carcinoma de cuello uterino microinvasor e invasor franco para su evaluación, tratamiento y llenar la hoja de registro de cáncer. (anexar hoja de registro de cáncer)

9. Mantener un archivo calendario de todos los casos atendidos en la Unidad de Patología Cervical y Colposcopia, de referencias y resultados hispatológicos que permitan hacer correlaciones cito-colpo-histológicas.
10. Registrar todos los datos de la atención en el expediente clínico y en un libro de registro o libro record (ver Anexo 9 y 10), que debe reposar en la unidad en forma tal, que permita la evaluación de las actividades y la obtención de los indicadores de evaluación y control de las técnicas de diagnóstico y tratamiento utilizado.

c. Actividades del personal de Enfermería

1. Recibe a la paciente, la pasa con el médico Colposcopista y asiste en el procedimiento.
2. Etiqueta las muestras y se envían al laboratorio correspondiente.

4. SISTEMA DE REGISTRO

Todo examen colposcópico debe llevar la confección de un colpograma (esquema de las zonas de transformación observadas y su topografía).

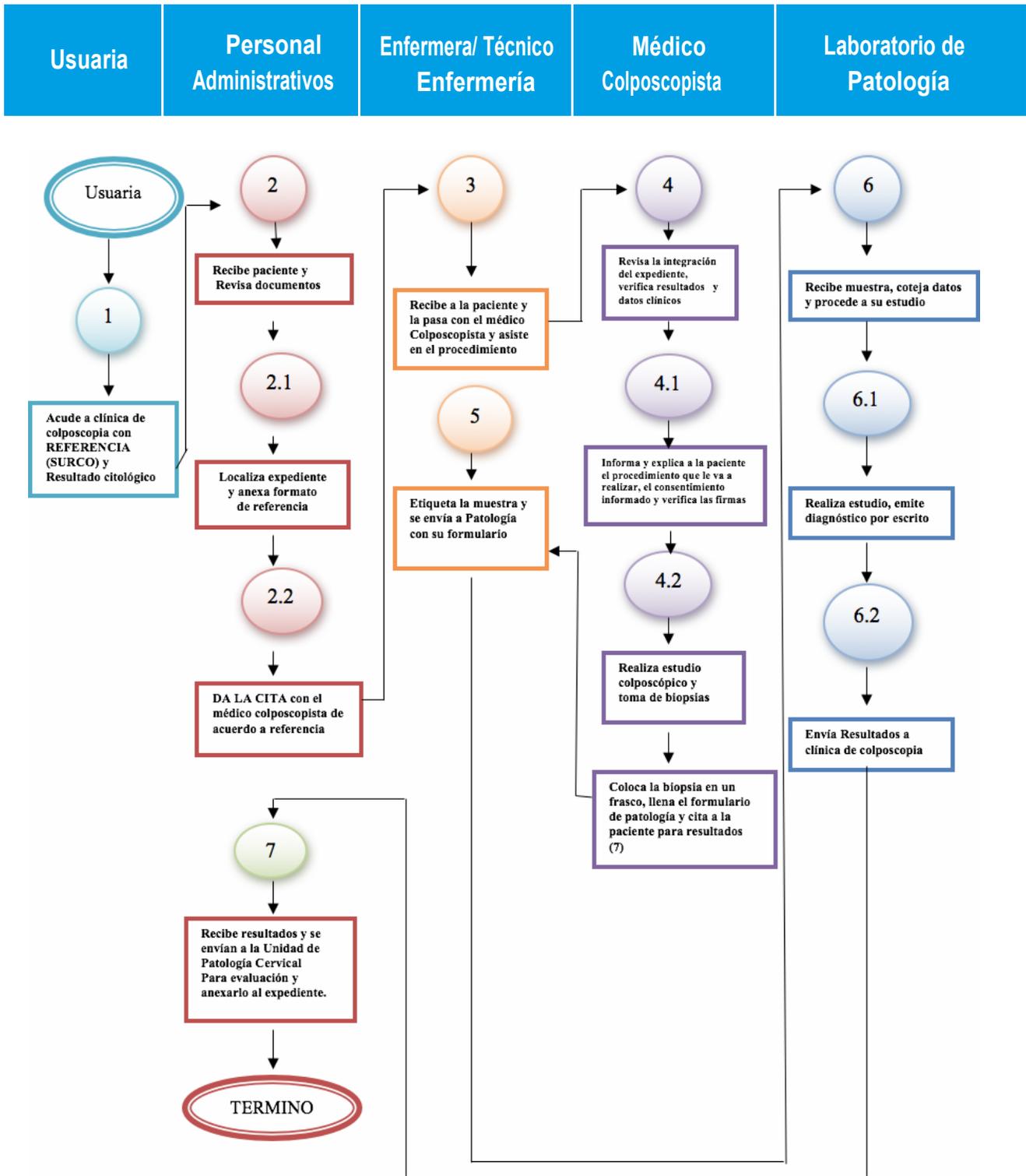
Esto es importante para el expediente clínico de la paciente y es el único medio para que el Colposcopista haga un seguimiento real de la paciente y determine el tratamiento y conductas a seguir. El esquema deberá indicar la localización de la unión escamo-columnar y si ella no es visible se consignará como colposcopia no adecuada.

Si se dispone del equipo necesario se debe de guardar las imágenes colposcópicas más relevantes en forma digital o impresa para ayudarse en el seguimiento y/o correlación cito-colpo-histológica de cada caso.

Otros formularios que se utilizarán en las Unidades de Patología Cervical y Colposcopia:

- Registro Diario de Consulta y actividades
- Solicitud de Patología
- Registro Diario de Colposcopias y Biopsias.

ESQUEMA DE ATENCIÓN DE PACIENTES DE PRIMERA VEZ EN LA UNIDAD DE PATOLOGÍA CERVICAL Y DE COLPOSCOPIA



5. ATENCIÓN DE PACIENTES DE PRIMERA VEZ EN LA UNIDAD DE PATOLOGÍA CERVICAL Y DE COLPOSCOPIA

Personal Administrativo

- Recibe a la paciente y revisa sus documentos. La paciente debe presentar la referencia (SURCO) y el resultado de la citología.
- No se debe rechazar a pacientes referidas por lesiones clínicas evidentes, aunque no presenten la citología.
- En caso de utilizar expediente clínico físico, localizar el expediente y adjunta la Referencia (SURCO).
- El mensajero o la persona asignada por la administración es responsable de llevar las muestras al laboratorio de Patología correspondiente, y las citologías al Laboratorio de Citología y recoger los resultados de laboratorio y traerlos a las UPC y C.

Enfermera/Técnico en Enfermería

- Recibe a la paciente y la pasa con el médico colposcopista.
- Apoya al médico en la ejecución del procedimiento.
- Luego del mismo, etiqueta la muestra y la envía al Laboratorio de Anatomía Patológica, junto con el formulario de patología correspondiente.
- La etiqueta de la muestra de patología debe indicar: Nombre y cédula de la paciente, origen anatómico, y fecha. Debe coincidir con los datos del formulario de patología.
- Cada 4 meses revisará las biopsias recibidas y verificará las tarjetas de seguimiento de caso. Se localizará a las pacientes inasistentes.

Trabajador Social

- Ayuda a resolver problemas psico-sociales de la paciente.
- Contribuye a la orientación y al seguimiento de la paciente.

Médico Colposcopista

- Revisa la integración del expediente, lee la referencia, verifica resultados y datos clínicos.
- Informa a la paciente del procedimiento que le va a realizar y solicita la firma del consentimiento informado.
- Realizará el estudio colposcópico y biopsia.
- Si no hay lesión pre - maligna manejará a la paciente de acuerdo con el hallazgo colposcópico. De ser necesario citará a la paciente en seis meses para control cito - colposcópico.
- La biopsia se colocará en un frasco con formaldehído del 10-20%.
- Llenará el formulario de Solicitud de Patología, tratando de incluir el número o código identificador de la citología para facilitar la correlación cito-colpo-histopatológica.
- Informa a la paciente y la cita para la entrega del resultado de la biopsia.
- Cuando recibe el resultado de la biopsia y entrega el mismo a la paciente procederá a manejar el caso de acuerdo al resultado de la biopsia. (Ver Cuadro sinóptico y Flujograma de seguimiento de pacientes con citología anormal).
- Si el tratamiento se va a dar en la UPC y C, se dará cita a la paciente para su seguimiento hasta dar de alta. De otro modo, se referirá a otra Instalación de Salud según el caso.
- Si le da de alta a la paciente, se emitirá una Contra - Referencia (SURCO) para el personal de salud que envió a la paciente.

Laboratorio de Patología

- El personal asignado (recepcionista, secretaria, asistente de patología, o el histotecnólogo) recibe la biopsia y coteja los datos.
- El Histotecnólogo y/o el asistente de patología procesa la muestra y la prepara para la evaluación por el Patólogo.
- El Patólogo realiza el estudio y emite un diagnóstico por escrito.

Envía resultados a la Unidad de Colposcopia en un lapso de no más de un mes de haber recibido la muestra.

VIII. CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA DE LESIONES PREINVASORAS DEL CUELLO UTERINO

La confirmación diagnóstica de las Lesiones Intraepiteliales del cuello uterino, el tratamiento y el seguimiento de estas pacientes constituyen las actividades básicas de una UNIDAD DE PATOLOGÍA CERVICAL Y COLPOSCOPIA.

Las evidencias citológicas de las lesiones preinvasoras que se obtienen mediante el examen de citología exfoliativa, deben confirmarse mediante estudios histopatológicos, usando el colposcopio para la realización de la biopsia dirigida.

El diagnóstico oportuno de las lesiones preinvasoras se realiza mediante la correlación de los siguientes métodos de detección y diagnóstico.

- a. Examen citológico o “PAP”
- b. Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)
- c. Examen colposcópico.
- d. Biopsia dirigida por colposcopia.
- e. Estudio histopatológico del cérvix.
- f. Legrado endocervical.
- g. “Test de Schiller” o “Prueba del Lugol”
- h. Biopsia endometrial.
- i. Pruebas moleculares VPH-AR

1. COLPOSCOPIA:

La colposcopia es el examen del cuello uterino, la vagina y la vulva con un colposcopio, que es el aparato óptico o digital que proporciona la fuente de iluminación y el aumento necesario para examinar los tipos celulares de la capa epitelial y los vasos sanguíneos subyacentes. Es un método complementario en la confirmación diagnóstica que permite al clínico discernir entre los hallazgos

fisiológicos y patológicos con una facilidad que no ofrece ningún otro método. Asimismo, permite efectuar biopsias dirigidas.

La colposcopia es un examen selectivo, de gran valor para el diagnóstico y tratamiento de las lesiones intraepiteliales y carcinomas in situ. Debe ser efectuado en condiciones adecuadas y por médicos Ginecólogo Obstetras o Médicos debidamente formados y competentes, quienes asumen la responsabilidad de los tratamientos locales cumpliendo a cabalidad lo enunciado en las presentes Guías.

Es importante la orientación y consejería al paciente, así como la obtención del consentimiento informado como requisitos previos al inicio de este procedimiento.

- a. Explique a la paciente en qué consiste el procedimiento, lo que las pruebas pueden indicar y por qué es importante regresar para someterse a un tratamiento adicional cuando se solicite, así como la posibilidad de sentir cansancio y molestia/dolor, durante el procedimiento y en el postoperatorio, además de las complicaciones.
- b. Verifique que siguió las indicaciones previas al procedimiento de no estar con la menstruación o haber usado tratamientos locales vaginales.
- c. El consentimiento informado debe incluir específicamente el procedimiento que se va a realizar a la paciente. Compruebe que la paciente lo haya entendido y obtenga la firma después de aclarar sus dudas. (anexo 19-A).

Las imágenes colposcópicas están determinadas por las variaciones de la estructura y vascularización

del tejido conjuntivo, transformaciones epiteliales fisiológicas y mórbidas. Estas imágenes se visualizan con la ayuda de algunas sustancias como: solución salina normal, ácido acético al 3 - 5%, Lugol, y Bisulfito de sodio al 5%.

El informe colposcópico no sólo debe indicar si se presenta una imagen anormal, sino que debe determinar su situación, tamaño y extensión, utilizando siempre como herramienta descriptiva el colpograma (ver anexo 4), lo que permite decidir junto con el resultado histológico la mejor conducta a seguir.

2. INDICACIONES PARA LA COLPOSCOPIA Y LA BIOPSIA

Se deben realizar colposcopias y biopsias en:

- a. Mujeres con resultados anómalos en las pruebas de detección (citología, prueba molecular de detección VPH AR, IVAA).
- b. Paciente con resultado citológico de Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Grado (LIE BG) y resultado de Prueba moleculares de VPH AR positiva.
- c. Mujeres con citología negativa y lesión clínica en vulva, vagina y/o cérvix.
- d. Mujeres con citologías inflamatorias, cambios celulares reactivos en dos o más ocasiones a pesar del tratamiento específico a la paciente y su pareja.
- e. Pacientes con citologías informadas como atipias escamosas (ASC-US, ASC-H) o glandulares (ASG-US).
- f. Pacientes con citología reportada como sugestiva de LIE AG.
- g. Pacientes con citología reportada como sugestiva de cáncer invasor.
- h. Control post-operatorio de CaCu o NIC.
- i. Prurito vulvar persistente.
- j. Como requisito previo al tratamiento ablativo o electroquirúrgico.

3. COLPOSCOPIA Y EMBARAZO

- a. Se realizará la colposcopia a todas las gestantes con citología anormal, lesión intraepitelial de bajo grado o más.

b. El estudio colposcópico de la gestante debe reconocer el componente inflamatorio y la exageración de los patrones colposcópicos en el cérvix de la embarazada, igualmente las proliferaciones no malignas, como el condiloma.

c. Si la evaluación colposcópica es satisfactoria y no se determinan áreas anormales o los hallazgos son sugestivos de LIE BG la paciente debe ser referida a su clínica prenatal, con las indicaciones de control colposcópico 6 semanas post-parto.

En estas condiciones no será necesaria la biopsia colposcópica durante la gestación.

d. Si no hay evidencia citológica o colposcópica de LIEAG no se debe tomar biopsia.

e. Si en la evaluación colposcópica e histológica hay presencia de LIEAG (NIC 2-3), se repetirá la colposcopia y citología a un intervalo no mayor de 3 meses. Y se tomará una biopsia sólo cuando el aspecto de la lesión empeore o la citología sugiera la presencia de Ca Cu. Si no hay evidencia histológica de progresión es aceptable retrasar la evaluación colposcópica e histológica hasta al menos 6 semanas post parto. Intervenciones excisionales se limitarán a embarazadas con sospecha de Ca Cu invasor.

f. Si la evaluación clínica y colposcópica de la paciente determina sospecha de lesión invasora y la biopsia reporta un cáncer micro invasor, la paciente debe ser hospitalizada para la realización de una biopsia en cuña del área más representativa de la lesión. Esta área debe ser determinada mediante un colpograma o mediante colposcopia en el salón de operaciones, en estos casos no será necesario anestesia. El informe hispatológico de la biopsia en cuña decidirá la conducta futura, según las normas vigentes en el manejo del Ca invasor en la paciente gestante. Referir a un Servicio de Ginecología Oncológica.

4. CONDICIONES EN QUE DEBE REALIZARSE LA COLPOSCOPIA

El cuello uterino no debe haber sido traumatizado recientemente en algún procedimiento ginecológicos (biopsia cervical o endo-uterina, histerosalpingografía, entre otros), ni debe haberse aplicado cremas u óvulos vaginales en la semana previa al procedimiento.

Es necesario esperar 6 meses después de una crioterapia, cono de cérvix o electrocauterización o electrofulguración, de la zona de transformación para que la cicatrización sea completa antes de repetir una colposcopia.

La colposcopia debe realizarse preferiblemente sin sangrado vaginal, o presencia de infecciones vaginales severas. Las relaciones sexuales deben evitarse en los 3 días previos al estudio.

5. MATERIAL Y EQUIPO NECESARIO

1. Tarjeta de toma de PAP (ANEXO # 2)
2. Formulario de estudio anatomopatológico de biopsia cérvico-vaginal (ANEXO # 14)
3. Tarjeta de Seguimiento de caso para control de citas para la toma de Citología (ANEXO # 3)
4. Formato para registro de las colposcopias con colpograma (ANEXO # 5)
5. Cuaderno especial (libro record) para el registro de las biopsias enviadas al laboratorio de patología.
6. Colposcopio óptico con cámara o videocolposcopio.
7. Impresora o videoimpresora
8. Regulador de voltaje para el colposcopio y equipo de registro de imágenes.
9. Sistema de registro de imágenes en forma digital.
10. Mesa de exploración ginecológica
11. Mesa para colocación de los instrumentos y soluciones.
12. Extractor de gases instalado en el consultorio
13. Frascos para muestras
14. Guantes
15. Batas desechables
16. Mascarillas con protección ocular
17. Clorhexidina al 4% en dispensador para lavado de manos
18. Clorhexidina al 4% en solución para antisepsia vaginal.
19. Hisopos largos.
20. Motas de algodón
21. Gasas preferiblemente estériles
22. Gasas vaselinadas
23. Espéculos Vaginales de metal
24. Espéculos Vaginales de plástico (desechables)
25. Retractores Vaginales
26. Pinzas de anillo o aro.
27. Pinzas para biopsias de cérvix. (Schuber, Tischler, Kevorkian, etc.)
28. Cureta endocervical (Tipo Kevorkian o Novak)
29. Espéculo endocervical (Kogan, Kevorkian).
30. Trocar de metal o plástico desechable para biopsia de vulva.
31. Formaldehído al 10 %
32. Solución Salina isotónica
33. Ácido Acético al 5 %
34. Bisulfito de sodio al 5 %
35. Solución de Lugol
36. Solución de Monsel (Subsulfato férrico)
37. Solución o gel de Policresuleno (Ac. Metacresosulfónico con formaldehído)
38. Xilocaína al 1%, y Xilocaína al 1% con epinefrina en 1:200 000.
39. Set de cirugía menor o de sutura con porta agujas largo.
40. Suturas crómico 1 o Vicryl 1 con aguja ½ círculo 34 mm.
41. Equipo de criocirugía preferiblemente de óxido nítrico.
42. Equipos de radiocirugía o electrocauterio y aspirador de humo. Opcionales sólo donde se cuente con personal entrenado e instalaciones adecuadas para tratamientos ambulatorios.
43. Asas diatérmicas de diferente tamaño.
44. Electrodo con terminaciones en punta y bola para cauterización-electrofulguración.
45. Espéculos de teflón en donde se utilice la radiocirugía o electrocauterio.

6. TÉCNICA

La técnica del examen colposcópico puede ser definida en términos generales como se explica a continuación:

- a. Inspección de genitales externos.
- b. Colocación del espéculo vaginal.
- c. Examen macroscópico de vulva, vagina, cuello uterino y secreciones. Aplicar ácido acético 3 - 5% a la vulva permite destacar posibles lesiones no visibles a simple vista.
- d. Se enfoca el colposcopio y se inspecciona vulva, vagina y cérvix, debe hacerse con pequeño aumento valorando el moco cervical, secreciones y otras alteraciones, primero con luz blanca y luego con filtro verde y/o azul para destacar las alteraciones vasculares.
- e. Usar algodones y/o gasas preferiblemente estériles en el examen colposcópico.
- f. Si es necesario aplique sobre el cérvix solución salina, para retirar el exceso de moco cervical y/o secreciones. Inspeccione el cuello con un filtro verde y un objetivo de aumento 15, observe cualquier pauta vascular anómala.
- g. Aplicación de la solución de ácido acético en una concentración del 3 - 5%. Aguarde de uno a dos minutos hasta que se produzca el cambio de color. Es obligatorio el uso de esta solución en todo examen pues permite la mejor visualización del epitelio cilíndrico y la unión escamosa columnar, acentúa las alteraciones topográficas y vasculares que se encuentran en el epitelio neoplásico.
- h. Aplicación de solución de Lugol para delinear zonas negativas al glucógeno.
- i. Aplicación de bisulfito de sodio al 5% que neutraliza el efecto del Lugol, pero resalta aún más las imágenes colposcópicas anormales.
- j. Si fuera procedente, o en caso de que no sea visible la unión escamo-cilíndrica en su totalidad, se puede examinar el canal endocervical con la ayuda del espéculo endocervical. Si aun así no puede verse por completo la unión escamo-cilíndrica, se considera que la colposcopia es insatisfactoria y se practica el curetaje endocervical (ver técnica).

k. Prevenga a la mujer de que va a tomarle una biopsia del cuello uterino, lo cual puede producir cierto dolor de tipo cólico.

l. Tome la biopsia dirigida mediante colposcopia a las áreas de mayor anormalidad y coloque las piezas de tejido en frascos rotulados que contiene formaldehído al 10 %.

m. Para controlar el sangrado post-biopsia cervical se cuenta con las siguientes alternativas:

- Aplicación de soluciones hemostáticas, ejemplo: solución Monsel (ferrocianuro férrico) o subsulfato férrico.
- Taponamiento con gasa estéril y retirar 10 horas después, de ser necesario para parar los sangrados.
- Electrocauterio
- Aplicación de puntos de sutura

n. Para cada paciente se tendrá un promedio de 30 minutos para la evaluación colposcópica y la toma de biopsia dirigida.

o. Para la lectura y/o evaluación de resultados el tiempo de la consulta no será mayor de 15 minutos.

p. El examen colposcópico describirá las lesiones. El diagnóstico se notificará utilizando la terminología colposcópica de la Federación Internacional de Colposcopia y Patología Cervical: IFCPC 2011 Aceptada en el Congreso Mundial de Río, 5 de julio 2011. (VERANEXO 8)

r. Registrar las muestras y enviarlas. Anotar el procedimiento en el libro record.

El estudio colposcópico y la biopsia dirigida determinarán cuáles pacientes podrán seguir manejándose en la Unidad de Patología Cervical y Colposcopia o deben referirse a los Centros Hospitalarios utilizando el formato del Sistema de Referencia y Contra Referencia (SURCO).

7. CRITERIOS PARA UNA COLPOSCOPIA ADECUADA

Debe observarse la totalidad de la zona de transformación.

Es necesario observar la lesión completa.

8. BIOPSIA CERVICOUTERINA:

- a. Los especímenes de las biopsias deben ser tomados siempre por el médico ayudándose con el colposcopio con la aplicación ácido acético del 3 al 5% y de Lugol, para localizar el sitio de la biopsia.
- b. Si la paciente tiene una lesión visible macroscópicamente, deben tomarse una o dos muestras representativas de la misma.
- c. En los casos avanzados de cáncer se recomienda la biopsia para determinar el tipo histológico exacto de la lesión y para confirmación diagnóstica. No establecer tratamiento sin el resultado histopatológico. La muestra debe tomarse con las técnicas ya descritas, jamás por arrancamiento o torsión, ya que la misma queda desgarrada y es difícil o imposible de orientar e interpretar histológicamente. Frente a tumores evidentes se debe procurar una muestra de una porción no necrótica.
- d. Debe colocarse inmediatamente en un recipiente que contenga un fijador el cual debe ser formaldehído al 10%.
- e. Nunca colocar la muestra en algodón o gasa antes de ser introducida al recipiente.
- f. El recipiente debe cerrarse con una tapa que impida la evaporación de la solución fijadora. La cantidad de esta solución debe ser aproximadamente 10 veces el volumen del espécimen que se va a fijar. La muestra debe quedar inmersa en el fijador y evitar que se adhiera a las paredes o a la tapa del recipiente.
- g. El recipiente debe tener un rótulo con el nombre completo de la paciente, cédula, fecha y origen de la muestra.
- h. La solicitud de patología debe consignar los datos generales de la paciente y datos clínicos pertinentes (resultados del Citología previo con número de muestra, prueba VPH de haber, sitio anatómico de la muestra, etc.). El médico que toma la biopsia es el responsable de que la información esté completa y correcta.

9. CURETAJE ENDOCERVICAL:

El examen del canal endocervical se realiza mediante el espéculo endocervical que puede

permitir una visualización satisfactoria en la mayoría de los casos. En su defecto se debe recurrir al curetaje endocervical que debe practicarse en los siguientes casos:

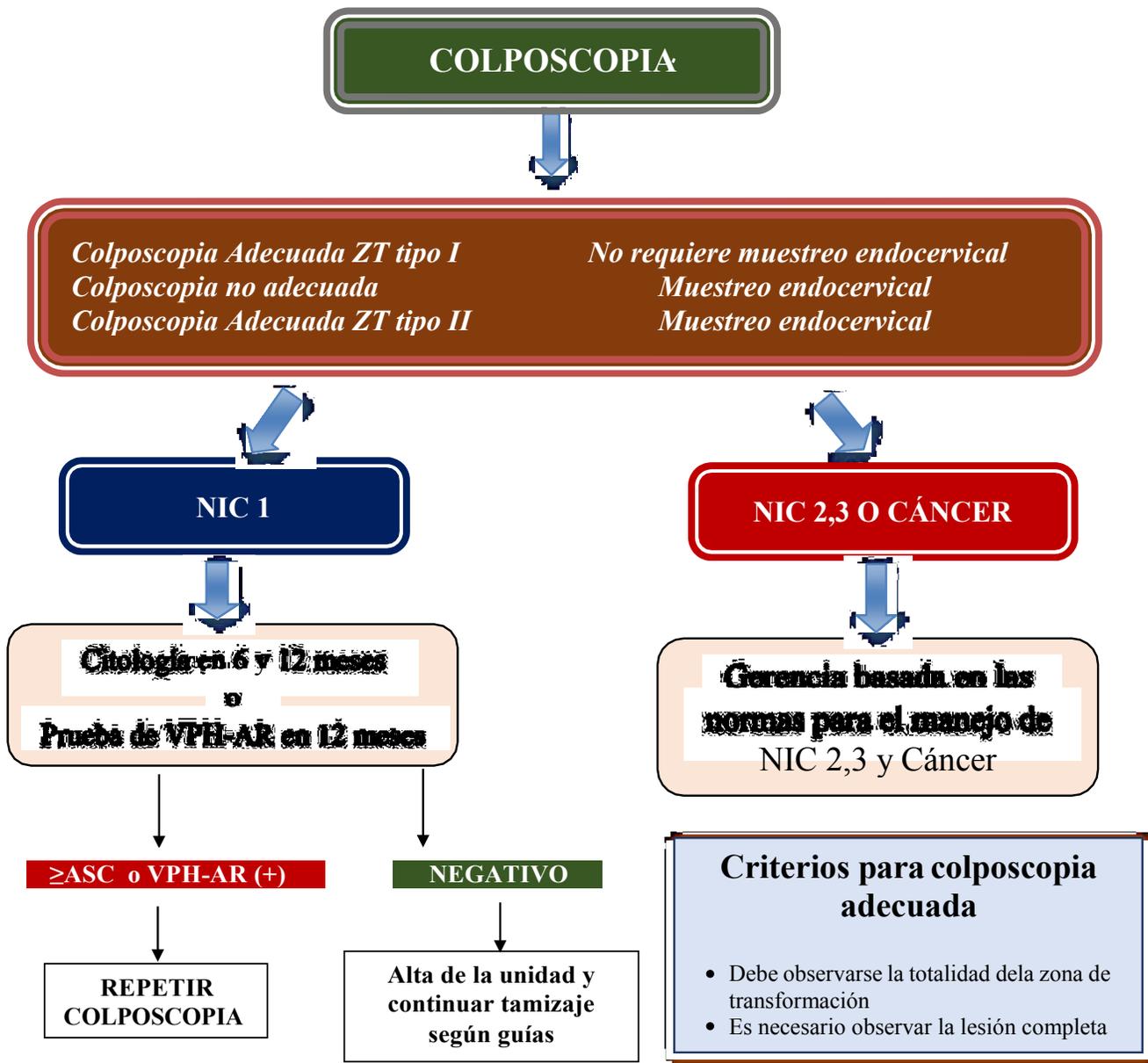
- a. Pacientes con colposcopia no adecuada (tomando en cuenta la localización de la zona de transformación) y citología anormal.
- b. Si la citología de referencia indica que puede haber una lesión glandular (AGUS), debe realizarse un LEC (independientemente de los hallazgos del examen colposcópico).

Los fragmentos del curetaje deben sacarse con una cureta, de preferencia de bordes cuadrados, por ejemplo tipo Kevorkian con canasta o Novak. El procedimiento consta de cortes cortos y rápidos hasta que se haya tomado muestra de todo el conducto. Mantenga la legra dentro del conducto durante todo el procedimiento. Todo el material del legrado: sangre, moco y fragmentos de tejidos se colocará de preferencia en papel filtro y se fijará en formaldehído.

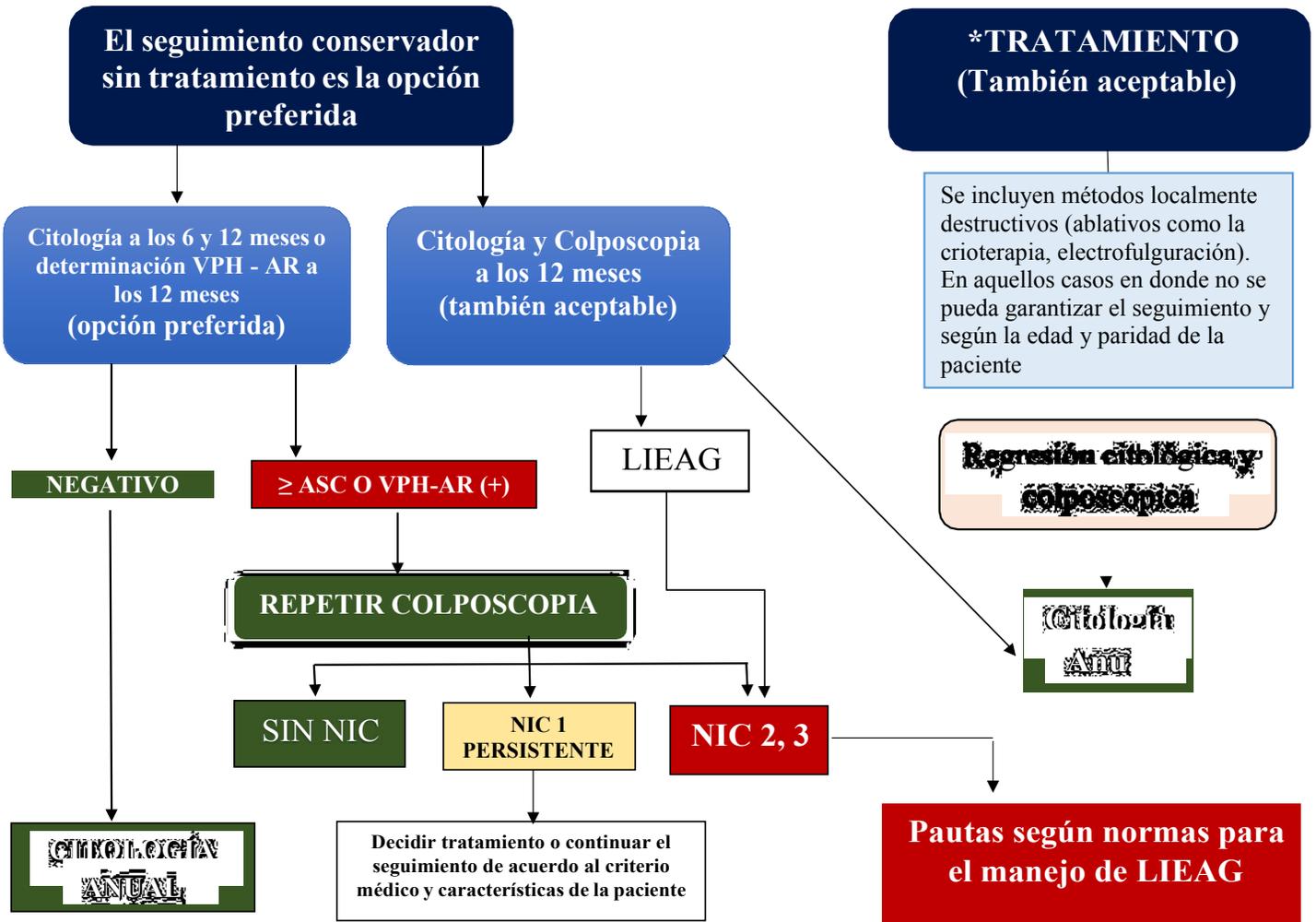
10. DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO

- a. Explique a la paciente lo que ha visto y si tomó biopsias o legrado endocervical.
- b. Oriente a la mujer sobre los cuidados que debe tener al ir a casa:
 - Debe recomendarse a la paciente que acuda al centro o al hospital si presenta hemorragia activa, dolor en la parte inferior del abdomen o cólico agudo, exudado purulento, fiebre.
 - No debe practicar el coito por 1 a 2 semanas después de la biopsia colposcopia.
 - No debe introducir nada en la vagina por espacio de 1 a 2 semanas.
 - Indique la fecha de la cita para revisar el resultado.
- c. Deje constancia escrita de los resultados en el expediente (formulario de registro colposcópico con colpograma en el anexo)
- d. Guardar las imágenes de ser posible en papel (foto o impresión) o en forma digital electrónica.

MANEJO DE MUJERES > DE 25 AÑOS CON LESIÓN INTRAEPITELIAL ESCAMOSA DE BAJO GRADO (LIEBG) DIAGNOSTICADA POR CITOLOGÍA



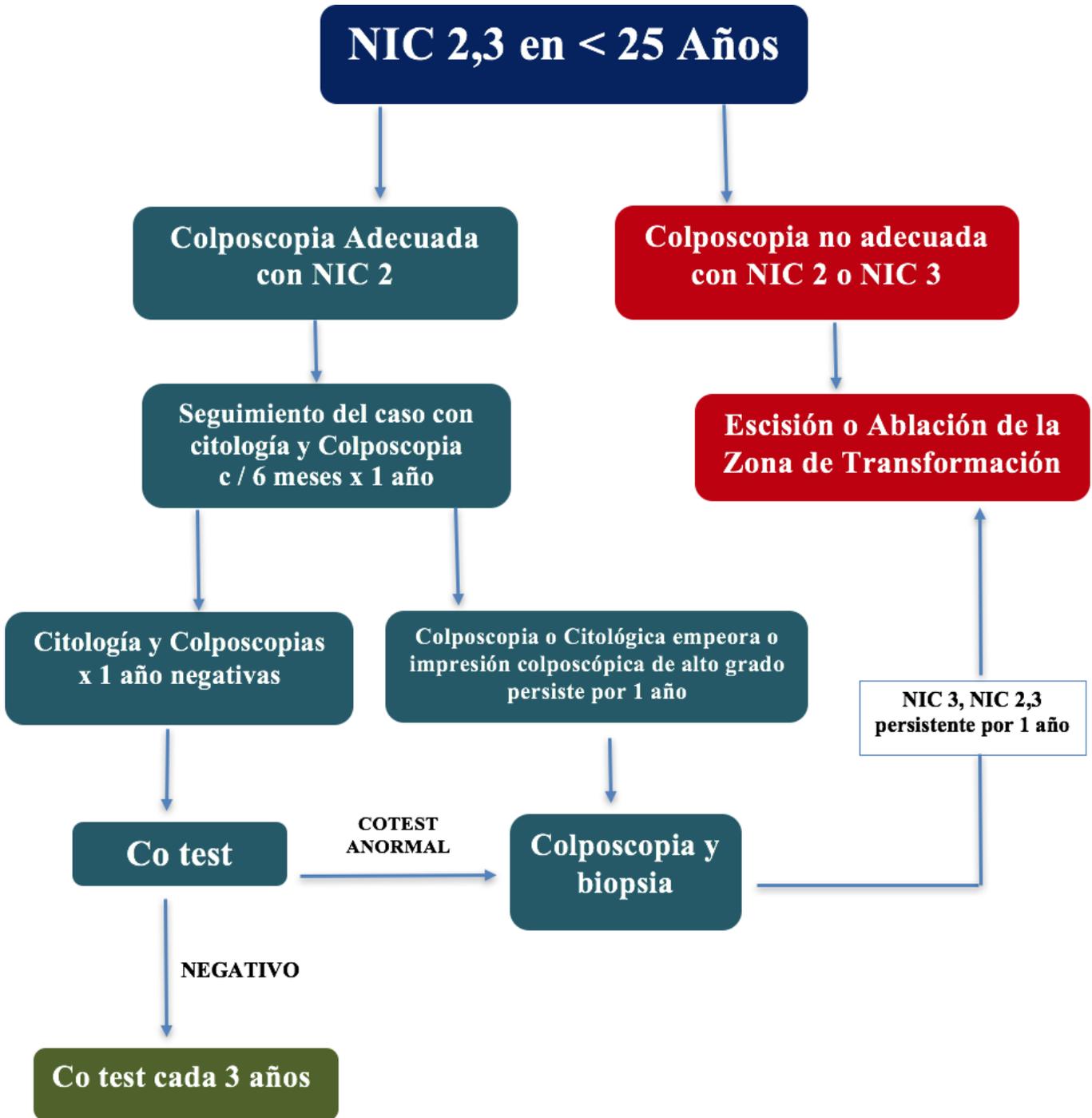
MANEJO DE LA PACIENTE CON NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL NIC I EN BIOPSIA Y COLPOSCOPIA SATISFACTORIA



MANEJO DE LA PACIENTE CON NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC I) EN BIOPSIA Y COLPOSCOPIA NO ADECUADA



MANEJO DE MUJERES JÓVENES (<25 AÑOS) CON DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DE NIC 2,3



**MANEJO DE LA PACIENTE ≥ 25 AÑOS CON NEOPLASIA
INTRAEPITELIAL NIC 2,3 EN LA BIOPSIA**



11. TRATAMIENTOS ABLATIVOS DE LAS LESIONES PREMALIGNAS DEL CÉRVIX

Consiste en la electrocauterización, crioterapia o criocoagulación del cuello uterino o la aplicación de ácido tricloroacético (ATA). Se trata de una intervención con la finalidad de lograr la destrucción local superficial mediante calor/frío/químico de determinadas áreas del cuello del útero con fines terapéuticos cuando esté indicado. La paciente debe ser orientada sobre el procedimiento y firmar el consentimiento informado.

12. CONO DEL CUELLO UTERINO

Los casos deben ser referidos a los Centros Hospitalarios o de Cirugía Ambulatoria y las Clínicas de Patología Cervical y Colposcopia que reúnan las condiciones para su realización.

El cono es un procedimiento diagnóstico y terapéutico que debe utilizarse para confirmar por histología la presencia y/o la extensión de una lesión de cuello uterino. La paciente debe ser orientada sobre el procedimiento y firmar el consentimiento informado.

Existen dos formas de realizar el procedimiento:

- a. Cono con Bisturí (Cono en frío)
- b. Cono con Asa Diatérmica

El cono con bisturí (cono en frío)

Debe realizarse en un salón de operaciones con un bisturí y proporciona la mejor muestra histológica. Por lo menos el 50% del canal endocervical debe ser extirpado. La base del cono se determina por la amplitud del área negativa al yodo y no debe rasparse el canal que se amputa para no dificultar la tarea del patólogo. Se efectúa luego curetaje del canal endocervical restante y de la cavidad uterina y se procede a suturar el muñón cervical.

Cono con Asa diatérmica

En la actualidad el equipo de electrocirugía (asa diatérmica) se utiliza cada vez con mayor frecuencia

para realizar el cono. Esta tecnología permite un manejo ambulatorio con menor morbilidad y costo, sin embargo, requiere de un entrenamiento adecuado y un completo equipamiento. Los usos correctos de las frecuencias en la electrocirugía permiten obtener muestras adecuadas para la evaluación histopatológica.

El material quirúrgico extraído es examinado por un patólogo en forma seriada efectuando la mayor cantidad de cortes cada 3 mm de toda la circunferencia cervical. El estudio de los cortes seriados, incluyendo los bordes de resección, constituye un método de diagnóstico muy exacto.

Se recomienda al cirujano marcar la muestra del cono a las 12 horas del reloj con una pequeña incisión o un punto de sutura y fijarlo en formalina. El diagnóstico histopatológico del cono debe describir la presencia o no de lesión en los bordes quirúrgicos. En casos de LIE AG este procedimiento diagnóstico se puede considerar por sí mismo en un procedimiento terapéutico, si los límites de sección del cono se encuentran libres de lesión y los controles citológicos y colposcópicos son negativos.

Para pacientes que no cumplan con criterios de atención ambulatoria se recomienda el manejo en el segundo o tercer nivel de atención (Hospitalario).

13. INDICACIONES PARA LA CONIZACIÓN CERVICAL

- a. Pacientes con LIEAG por histología.
- b. Discrepancia cito-colpo-histológica mayor de 2 grados.
- c. Lesiones de LIEAG con colposcopia no adecuada.
- d. Sospecha colposcópica o citológica de invasión, no corroborada por histología.
- e. Lgrado endocervical positivo por LIEAG.
- f. Adenocarcinoma in situ del cérvix (preferible cono con bisturí).

14. CONTRAINDICACIONES PARA CONO CON ASA DIATÉRMICA:

- a. Sospecha de invasión franca.
- b. Adenocarcinoma in situ.

15. MANEJO DEL NIC 2-3 / Ca Cu in Situ

Se realizará seguimiento y tamizaje como paciente de alto riesgo a las pacientes con diagnóstico histopatológico NIC 2 - 3 / Ca Cu in Situ y bordes del cono cervical sin lesión residual (libre).

El manejo conservador del Cáncer Cérvico Uterino in situ exige individualizar cada caso para ofrecer la mejor opción de manejo y debe contar con el consentimiento informado de la paciente.

La Comisión Regional de Patología Cervical y Colposcopia es la responsable en primera instancia de realizar las auditorías de Casos de CaCu Invasor.

La Comisión Nacional Asesora de Patología Cervical y Colposcopia podrá realizar auditoría de casos de especial interés y revisará los informes de los casos procedentes de las Comisiones Regionales. El formulario para efectuar dicha auditoría se encuentra en el anexo 7.

16. AUDITORÍA DE CASO DE CÁNCER CERVICO-UTERINO INVASOR

Será objeto de auditoría todo caso registrado en los Hospitales Nacionales o Regionales con diagnóstico de cáncer cervico-uterino invasor.

IX. REGLAS DE BIOSEGURIDAD

“Bioseguridad se define como el conjunto de normas relacionadas con el comportamiento preventivo de las personas en los distintos ambientes, frente a los riesgos generados por su actividad” (Reglamento del Comité Nacional de Bioseguridad, artículo 1, Resolución 011, del 23 de enero de 2002, gaceta 24493).

En las clínicas de colposcopia y patología cervical, al igual que en cualquier consultorio médico, laboratorio clínico, salón de operaciones, sala de especialidades, laboratorios de citología exfoliativa y patología; el personal médico, paramédico, trabajadores manuales y mensajeros, pueden contaminarse con el material biológico así como con reactivos y solventes que manipulan y es por eso que es necesario cumplir con las reglas de bioseguridad, para eliminar o minimizar el riesgo de daño. Por lo que es necesario que todo el personal que labore en estas áreas conozca y aplique de forma obligatoria las precauciones universales de bioseguridad y que conozcan y apliquen el “Reglamento para la gestión y manejo de los desechos sólidos procedentes de los Establecimientos de Salud” (Decreto Ejecutivo N° 111 de 23 de junio de 1999).

Es necesario tomar en consideración algunas reglas universales de bioseguridad:

SISTEMA DE PRECAUCIONES UNIVERSALES.

Este sistema fue establecido por el Centro de Control de Enfermedades (C.D.C) de Atlanta, en 1987, a través de un grupo de expertos quienes desarrollaron guías para prevenir la transmisión y control de la infección por VIH y otros patógenos

provenientes de la sangre hacia los trabajadores de la salud y sus pacientes, en el cual se recomendó que todas las Instituciones de Salud adoptaran una política de control de la infección, la cual denominaron “Precauciones Universales”.

Se entienden como Precauciones Universales al conjunto de técnicas y procedimientos destinados a proteger al personal que conforma el equipo de salud de la posible infección con ciertos agentes, principalmente Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Virus de la Hepatitis B, Virus de la Hepatitis C, entre otros, durante las actividades de atención a pacientes o durante el trabajo con sus fluidos o tejidos corporales.

Las precauciones universales parten del siguiente principio:

“Todos los pacientes y sus fluidos corporales independientemente del diagnóstico de ingreso o motivo por el cual haya entrado al hospital o clínica, deberán ser considerados como potencialmente infectantes y se debe tomar las precauciones necesarias para prevenir que ocurra transmisión.”

Es así que el trabajador de la salud debe asumir que cualquier paciente puede estar infectado por algún agente transmisible y que, por tanto, debe protegerse con los medios adecuados:

- a. Evitar contacto de piel y mucosas con sangre y otros líquidos de precaución universal. Todos los trabajadores de la salud deben utilizar rutinariamente los métodos de barrera apropiados cuando deban intervenir en

maniobras que los pongan en contacto directo con la sangre o los fluidos corporales de los pacientes. Proceder correctamente al recolectar, transportar y manejar las muestras de secreción y fragmentos de tejidos cérvico-vaginales.

Usar obligatoriamente la bata y no abandonar el consultorio con la bata puesta. Esta debe ser cambiada cada día de consulta.

b. Uso de guantes.

Usar los guantes al colocar el espéculo vaginal y en todo momento que realiza la exploración y los procedimientos (Citología, colposcopia, tratamientos)

Evitar tocar el colposcopio con los guantes contaminados.

Usar guantes al manipular las muestras de citología y las biopsias de cuello uterino.

c. Lavado de manos.

Lavarse las manos antes y después de examinar cada paciente. El lavado de manos luego del contacto con cada paciente, se hayan usado o no guantes, es una medida de uso universal para prevenir cualquier tipo de transmisión de infecciones y debe ser mantenido también para el caso de la infección por el HIV.

d. Uso de Mascarillas.

Usar la máscara y protector facial para evitar las salpicaduras al rostro del Colposcopista cuando se toma la biopsia de cuello uterino.

e. Uso de delantales protectores.

Los delantales impermeables deben utilizarse en las situaciones en las que puede darse un contacto con la sangre u otros líquidos orgánicos del paciente, que puedan afectar las propias vestimentas.

f. Manejo adecuado de objetos punzo-cortantes.

Luego de su uso, los instrumentos punzo-cortantes, las agujas y jeringas deben ser colocados en recipientes para su descontaminación previa al descarte, o al lavado, en caso de elementos reutilizables.

Estos recipientes deben ser preferentemente amplios, de paredes rígidas o semirrígidas, con tapa asegurada para su posterior descarte.

No se debe reintroducir la aguja descartable en su capuchón o tratar de romperla o doblarla. El material no descartable deberá permanecer 30 minutos en la solución desinfectante (hipoclorito de sodio al 5 %) y recién entonces podrá ser manipulado, lavado y esterilizado sin riesgo alguno para el operador.

g. Realizar correctamente el proceso de limpieza, desinfección y esterilización.

Usar desinfectantes apropiados y limpiar escrupulosamente el equipo y material de uso diario en la clínica, previo a la esterilización. Esterilizar las pinzas de biopsias, pinzas de aro, las puntas del electrocauterio y cualquier otro instrumental de uso en el examen colposcópico.

h. Aplicar las vacunas al personal de salud en riesgo de infección.

Disponer desechos en medios seguros.

i. Depositar en las canastas de basura con sus correspondientes bolsas de plásticos resistentes de color rojo según normas de bioseguridad el material contaminado (gasas, guantes, algodones, palillos, espátulas, etc.). Desechar correctamente la basura. El material contaminado que se deseche en el lavamanos debe tener un tratamiento previo con cloro al 5%.

j. Disponer de elementos o aparatos especiales que suplan la respiración boca a boca.

Se debe reducir al máximo la respiración directa boca a boca, ya que en este procedimiento puede existir el contacto con sangre. En las áreas donde pueda preverse su ocurrencia (salas de emergencias, internación o de procedimientos) debe existir disponibilidad de bolsas de reanimación y accesorios.

k. Restricción de labores en trabajadores de salud.

Los trabajadores de la salud que presenten heridas

no cicatrizadas o lesiones dérmicas exudativas o rezumantes deben cubrir las convenientemente antes de tomar contacto directo con pacientes o manipular instrumental destinado a la atención.

El embarazo no aumenta el riesgo de contagio por lo que no es necesaria una interrupción

anticipada de las tareas. Sólo se recomienda extremar las precauciones enunciadas y no transgredirlas bajo ningún concepto.

X. REFERENCIAS AL INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL (ION) Y LA UNIDAD DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DE LA CSS

PACIENTES CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO INVASOR:

Las instalaciones de salud que cuentan con servicios de ginecología y/o que tengan una UNIDAD DE PATOLOGÍA CERVICAL Y COLPOSCOPIA deberán referir las pacientes con Cáncer de Cuello Uterino microinvasor y Cáncer de Cuello Uterino invasor franco no aseguradas al ION y las pacientes aseguradas deberán ser referidas a la unidad de ginecología oncológica de la CSS. Deben presentarse con su respectiva historia clínica, examen físico completo y laboratorio. El informe de referencia debe contener:

a. Historia clínica y examen físico completo.

Historia completa que incluye identificación de la paciente (nombre, edad, origen, domicilio, oficio, etc.) enfermedad actual, dolencia principal. Antecedentes personales patológicos y no patológicos (incluir los factores de riesgo de cáncer cérvico uterino), antecedentes familiares de interés, interrogatorio por aparatos y sistemas, resultados del Citología con su correspondiente número de estudio, biopsias, correlación cito-histológicas, legrado endocervical, cono, estudios colposcópicos, tratamientos realizados, discordancia cito-histológica, placas del estudio histológico (laminillas y bloque de parafina).

El examen físico será completo y con énfasis en mamas, zonas linfoportadoras, examen con espéculo en vagina, palpación bimanual de los órganos pélvicos y examen recto vaginal.

b. Exámenes de laboratorio y métodos complementarios de evaluación y diagnóstico.

Las pacientes con diagnóstico final de Lesión intraepitelial, carcinoma in situ, microcarcinoma, no están sujetas a una investigación exhaustiva para detectar metástasis, sin embargo, los estudios se hacen de acuerdo a cada caso y serán realizadas en la unidad del ION y CSS. Solo se requiere de la biopsia y referencia por parte del ginecólogo de la UPCyC.

c. Contra-referencias de pacientes del ION y CSS al hospital de origen.

Una vez realizado el tratamiento de la paciente con Cáncer del Cuello Uterino en el ION o CSS, las pacientes deben enviarse con un informe completo al Hospital o Institución de Salud de Referencia y / o a la Unidad de Patología Cervical y Colposcopia. Este informe detallado debe contener al menos lo siguiente:

- Diagnóstico definitivo con copia del resultado de patología
- Resumen completo de tratamientos efectuados
- Normas y plazos para los controles de seguimiento en el Instituto Oncológico Nacional y/o en el Hospital de origen que envió a la paciente.
- Indicaciones sobre terapia y normas para el tratamiento de dolor, en caso necesario, tanto a nivel primario como secundario.

La paciente y los familiares responsables deberán ser debidamente instruidos para presentarse al Hospital o Institución de Salud (Centro de Salud, Policlínica, etc.) que corresponde a su domicilio y que los refirió al ION y CSS.

En caso de aparecer sintomatología sospechosa de recidiva, la paciente deberá ser referida nuevamente al ION o CSS para su evaluación y eventual tratamiento complementario.

XI. INDICADORES

INDICADORES DE EVALUACIÓN

Las acciones del programa se evaluarán con base en indicadores de proceso, resultado e impacto señalados en el Programa de Prevención, prevención y seguimiento de las Lesiones Preinvasoras del Cáncer Cérvico Uterino vigente. Las acciones del programa serán evaluadas anualmente por las instituciones de salud de los sectores público, social y privado en el seno del grupo interinstitucional correspondiente.

INDICADORES DE PROCESO

Evalúa los siguientes aspectos: Calidad de las muestras; productividad del Laboratorio de citología, de Patología y de las Clínicas de Patología Cervical y Colposcopia; oportunidad en la entrega de resultados a la usuaria (máximo 30 días) y oportunidad en el envío de la información al Sistema de Información (REGES).

Concordancia del diagnóstico citológico y colposcópico de la lesión (correlación). (Laboratorios de Patología).

INDICADORES DE RESULTADO

Evalúa la cobertura de detección (Ingresos y Nuevas), la proporción de mujeres con estudios citológicos anormales (LIE BG, LIE AG y Cáncer), la proporción de estudios colposcópicos de confirmación diagnóstica por histopatología y la proporción de procedimientos para tratamiento según los casos (LIE AG o Cáncer).

INDICADORES DE IMPACTO

Evalúa las tendencias de la incidencia o prevalencia de la morbi-mortalidad por cáncer cérvico uterino en un grupo determinado; resultado histopatológico; seguimiento oportuno de mujeres con diagnóstico histopatológico de LIE AG o cáncer, que fueron tratadas antes de 30 días.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

I. Coberturas de detección (toma de Citología).

- Cada 6 meses.
 - Estos indicadores deberán llenarse en todas las Instituciones que brindan Servicios de Atención de Salud

a. Cobertura Global:

$$\frac{\text{Nº de mujeres con Citología Ingresos + Nuevas}}{\text{Nº de mujeres en riesgo (15 y + años)}} \times 100$$

*(Reges agrupa por quinquenio)

b. Cobertura Específica por grupo de edad:

$$\frac{\text{Nº de mujeres con Citología según (rango de edad)}}{\text{Nº de mujeres según (rango de edad)}} \times 100$$

- Elaborar rangos por grupos etarios así:
 - 15-19, 20-24, 25-29, 30-34,
 - 35-39, 40-44, 45-49, 50-54,
 - 55-59, 60 y + años
- c. Porcentaje de mujeres con CITOLOGÍA por primera vez en su vida o con más de 2 años del último

Calidad de la muestra de citología:

- Anual
- Se evaluarán los siguientes indicadores en los laboratorios de Citología:
 - a. Porcentaje de placas clasificadas como LIEBG o lesiones mayores reexaminadas por un patólogo o citopatólogo.
 - b. Porcentaje de citologías negativas revisadas.
 - c. Porcentaje de citologías negativas confirmadas y reclasificadas del total de placas negativas revisadas.

3. Indicadores anuales de evaluación de toma de muestras para estudios histopatológicos:

- a. Total de biopsias tomadas.
Porcentaje de biopsias dirigidas por prueba de Schiller o ácido acético.
- b. Porcentaje de biopsias dirigidas tomadas por colposcopia.
- c. Porcentaje de material tomado por legrado endocervical en mujeres no embarazadas.
- b. Porcentajes de biopsias no satisfactorias.

4. Indicadores de evaluación del proceso de atención: (cada 6 meses)

- a. Porcentaje de mujeres con LIEAG (NIC II, III) tratadas oportunamente a partir del reporte histopatológico (menos de 2 meses / más de dos meses).

- b. Porcentaje de mujeres tratadas por lesiones preinvasoras (NIC I, II, III) en seguimiento según las normas.
- c. Porcentaje de mujeres referidas al Hospital General o Regional, que regresaron con el informe completo de referencia del hospital donde se les trató.
- d. Porcentaje de mujeres referidas del Hospital de Tratamiento y controladas posteriormente en la Unidad de Patología Cervical y Colposcopia.

5. Indicadores de impacto:

- a. Tasa de Incidencia por Ca Cu.
- b. Tasa de Mortalidad por CaCu.
- c. Porcentaje de mujeres con conos inadecuados (márgenes positivos). Mujeres con NIC y CaCu in situ residual. (Laboratorios de Patología).
- d. Evaluación del valor predictivo positivo del Citología positivo
- e. Porcentaje global de pacientes tratadas con lesiones pre-invasoras NIC I, II, III (Unidades de Patología cervical y Colposcopia).

XII. DOCUMENTOS CONSULTADOS

1. Normas de Prevención, Detección y Manejo de las Lesiones Preinvasoras del Cuello Uterino. Caja de Seguro Social-Ministerio de Salud, Departamento de Salud y Atención Integral a la Población. Octubre de 2010. Panamá.
2. Cáncer Cérvico Uterino. Diagnóstico, Prevención y Control. P. Alonso, E. Lezcano, M Hernández. 2da edición noviembre 2005. Editorial Médica Panamericana.
3. Informe del Registro Nacional del Cáncer. Ministerio de Salud. 2012.
4. Control Integral del Cáncer Cérvico Uterino. Guía de Prácticas Esenciales. OMS.
5. Preparación de la Introducción de las Vacunas Contra el Virus del Papiloma Humano. Orientaciones Normativas y Programáticas para los países. Organización Mundial de la Salud. 2007.
6. Human Papillomavirus and HPV Vaccines. Technical Information for Policy-makers and Health Professionals. World Health Organization. 2007.
7. Manual de Procedimientos y Organización de la Clínica de Colposcopia. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Programa de cáncer de la Mujer. México DF. 2007.
8. Inspección Visual del Cuello Uterino con Ácido Acético (IVAA): Reseña Crítica y artículos seleccionados. Washington D.C. OPS, 2003.
9. 2006 Consensus Guidelines for the Management of Women with Abnormal Cervical Screening Test. Thomas C. Wright Jr. Journal of Lower Genital Tract Disease Volume 11, Number 4, 2007 201-222.
10. 2006 Consensus Guidelines for the Management of Women With Cervical Intraepithelial Neoplasia or Adenocarcinoma In Situ. Thomas C. Wright Jr. Journal of Lower Genital Tract Disease. Volume 11, Number 4, 2007 222-237.
11. Guía Clínica Cáncer Cérvico Uterino 2. Primera edición, Ministerio de Salud Santiago, Chile 2005.
12. Oncogenic Human Papillomavirus Testing in an Adolescent Population With Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance. Fletcher, Andrew Hamilton; Wilkinson, Edward J; Kapnik, Jacquelyn A. Journal of Lower Genital Tract Disease vol.13 Num 1 January 2009, pag 28-32.
13. Norma Oficial Mexicana. Para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino. Secretaria de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, primera edición mayo de 2007.
14. Management of Abnormal Cervical Cytology and Histology. ACOG Practice Bulletin Number 99, December 2008. Obstet Gynecology 2008;112: 1419-1444.

15. Reglas Generales Para el Estudio Clínico y Patológico del Cáncer Cervical Uterino en Japón. Sociedad Ginecología y Obstetricia de Japón, Sociedad Japonesa de Patología, Sociedad de Radiología de Japón. Primera edición. Septiembre 2007.

16. D. Salomón, J. Citologíaillo, D. D. Davey. Statement on HPV DNA Test Utilization. Journal of Lower Genital Tract Disease vol.13 Num 3July 2009, pag 134-135.

17. Thomas C. Wright, Jr., Thomas Cox. Clinical Uses of HPV DNA Testing. American Society for colposcopy and cervical phatology. 2004.

Adaptado Wright TC. For ASCCP 2006 Consensus Guidelines for the Management of women with NIC or AIS. Am J Obstet Gynecol2007;197

18. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Lesiones Premalignas del Cuello del Útero by Orozco, L.; Tristan, M.;Beitia, A; Vreugenhil, M.T.; Andrino, R.; Agüero, C; García, M.E.; Umaña, A.;Guerrero, S.;Cruz, J.; Guidos, M.;Cárcamo, W; Rodriguez, H; ISBN:978-9930-9469-6-1 San José, Costa Rica. 2016.

XIII. DEFINICIONES Y TERMINOLOGÍA

Acetoblanco: Zona del epitelio cervical que adquiere un color blanquecino tras la aplicación de ácido acético.

Bethesda: Ciudad de Estados Unidos, que albergó en 1988 diferentes sociedades de patólogos, ginecólogos, citólogos y oncólogos, donde surgió una nueva nomenclatura para el reporte citológico, conocida como SISTEMA BETHESDA.

Biopsia: Extracción y examen microscópico con fines de diagnóstico de tejidos u otros materiales procedentes de un organismo vivo.

Cáncer: Tumor originado por la pérdida de control de crecimiento de las células, que puede invadir estructuras adyacentes o propagarse a sitios alejados y tener como resultado la muerte.

Cáncer in situ de cérvix: Lesión en la que todo el epitelio cervical está ocupado por células malignas. No hay invasión del estroma subyacente y la membrana basal está respetada.

Captura de Híbridos: Prueba que detecta la presencia de secuencias específicas de DNA. Se basa en la amplificación del DNA y luego su hibridación con RNA específico. Estos híbridos se capturan a través de anticuerpos anti-RNA fijados a una microplaca y se leen a través de quimioluminiscencia. En el caso del VPH se puede determinar la presencia o ausencia de 13 tipos oncogénicos sin especificar cuál.

Cepillado: Obtención de células del canal endocervical a través de un cepillo endocervical (citobrocha).

Colposcopia: Es el uso del colposcopio (sistema óptico de aproximadamente 15 aumentos) para el examen de la vulva, vagina y/o cérvix. Además del sistema convencional de lentes binoculares (con la posibilidad de adaptación de cámaras digitales), existen sistemas electrónicos de alta resolución que permiten la adquisición de imágenes para archivar digitalmente o imprimir. Se pueden utilizar soluciones que mejoran la visualización de lesiones como el de ácido acético al 3-5%, solución de Lugol, azul de toluidina, etc.

Colposcopia no Satisfactoria: Esta circunstancia se presenta cuando: a) la unión escamo-columnar no es visible; b) solo se ve parcialmente o bien, c) la lesión penetra al canal endocervical y esa parte resulta imposible de observar.

Conización del Cuello uterino: Resección del cuello uterino que incluye toda la zona de transformación. Se puede realizar con asa diatérmica o con bisturí. Se recomienda que deba tener una profundidad al menos de 5 mm.

Consentimiento Informado: Es la aceptación libre, voluntaria, con pleno conocimiento y comprensión de la información por la usuaria para que le realicen un procedimiento diagnóstico o terapéutico.

Citología: Estudio de la estructura de las células al microscopio. Los resultados anómalos normalmente se confirman por biopsia.

Consejería: Proceso de información y comunicación entre el prestador de servicios y la usuaria.

Crioterapia: Método de tratamiento ambulatorio que emplea temperaturas sumamente bajas para congelar y destruir el tejido anormal.

Ectropión: Condición en la que el epitelio cilíndrico sobresale a través del orificio externo del cérvix.

Especificidad: La proporción de los negativos verdaderos del total de Papanicolaou que son clasificados como negativos.

Guías: Conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes.

Histopatológica: Estudio de la composición y estructura microscópica de las alteraciones tisulares.

Incidencia: Medida de frecuencia de la presentación de los casos nuevos de una enfermedad.

Inspección visual Con ácido acético (IVAA): Observación a simple vista (sin aumento) del cuello uterino lavado con una solución de ácido acético diluido al 3-5 % para detectar potenciales lesiones.

Legrado Endocervical: Intervención instrumental que consiste en raspar con una legra el canal endocervical para obtener tejido para estudio histológico.

Lesión intraepitelial Escamosa de Bajo grado (LIEBG): Pertenece a la nomenclatura del Sistema Bethesda e incluye los cambios morfológicos inducidos por el VPH y la alteración de las células parabasales que ocupan hasta un tercio del espesor epitelial.

Lesión Intraepitelial Escamosa de alto Grado (LIEAG):)): Consiste en una proliferación de células parabasales atípicas; cuando ocupan más de 1/3 del espesor epitelial.

Normas: Lineamientos de carácter obligatorio.

Citología: Procedimiento desarrollado por el Dr. Georges N. Papanicolaou en 1943. Consiste en la toma de la muestra por frotis del cuello uterino, la tinción y su lectura.

Tasa de Morbilidad: Proporción de individuos de una población que sufren una determinada enfermedad en un tiempo especificado, expresada frecuentemente como el número de casos por población de 100,000 individuos por año.

Tasa de Mortalidad: Proporción de individuos de una población que muere de una enfermedad específica en un tiempo especificado, expresada frecuentemente como el número de defunciones por población de 100,000 individuos por año.

PCR: Técnica de amplificación de DNA específica. Su característica inherente reside en su capacidad para detectar cantidades muy pequeñas del ADN del VPH y poder determinar el tipo específico presente. Debido a sus costos y los rigurosos controles que necesita para evitar falsos positivos, su uso se debe restringir a estudios científicos.

Sistema Bethesda: Sistema de normas para la lectura e interpretación de la citología cervico-vaginal resultado de talleres de trabajo realizados en el Instituto Nacional del Cáncer en Bethesda Maryland, en 1988. Desde entonces, esta nomenclatura ha sido sujeta a revisiones periódicas y la última se llevó a cabo en el 2015.

Sensibilidad: Proporción de los positivos verdaderos que fueron identificados como positivos.

Valor predictivo Positivo: Proporción de mujeres que tiene enfermedad entre aquellas cuyos resultados de las pruebas fueron positivas.

Valor predictivo Negativo: Proporción de mujeres que no tienen enfermedad entre las que tuvieron resultados negativos en las pruebas.

Virus del Papiloma humano: Son Papilomavirus (DNA de cadena doble) que incluyen más 100 genotipos relacionados con las diferentes lesiones de los epitelios. Existen virus con especial tropismo por las mucosas genitales que se transmiten principalmente por vía sexual. Éstos últimos se pueden dividir en dos grupos: 1. DE BAJO RIESGO (poco relacionados con el cáncer cervical), y 2. DE ALTO RIESGO (relacionados con el cáncer cervical).

Zona de Transformación: Área comprendida entre la unión escamo-columnar original y la unión escamo-columnar actual. Es una zona

histológicamente dinámica sujeta a fenómenos de remodelación (metaplasia escamosa) que transforman el epitelio cilíndrico mucosecretor al epitelio pavimentoso. Es el asiento de la mayoría de las lesiones premalignas y cáncer del cuello uterino.

ANEXOS

SOLICITUD PARA EVALUACIÓN CITOLÓGICA (reverso)

Nombre:			
Edad:			
Ocupación:			
Estado civil:			
Fecha última menstruación			
Usa anticonceptivos orales, IM, DIU, otros			
Grava, Para, Aborto			
Cónyuges: uno / + uno			
Examen ginecológico y Observaciones			
Atendida por: (Letra imprenta)			
Fecha de próximo examen			
INTERPRETACIÓN CITOLÓGICA - SISTEMA BETHESDA - OPS/OMS (Para uso de citología)			
Número de Citología			
A. ADECUACIÓN DE LA MUESTRA			
Satisfactoria			
No Satisfactoria (especifique)			
B. INFORME			
Resultado o Interpretación Citológica			
C. OTROS			
Células endometriales en pacientes mayores de 40 años			
D. COMENTARIOS			
Nombre (Letra imprenta)			
Fecha de lectura			
INTERPRETACIÓN CITOLÓGICA - SISTEMA BETHESDA			
A. CALIDAD DE LA MUESTRA			
1. Satisfactoria	2. No satisfactoria a. Especimen no procesado b. Especimen procesado no satisfactorio	b.1 Celularidad escasa b.2 Fijación deficiente b.3 Resecación	b.4 Más del 75% de inflamación que oculta la muestra b.5 Sangre que oculta la muestra
B. INFORME O RESULTADO			
NEGATIVO POR LESIÓN INTRAEPITELIAL O MALIGNIDAD		NEGATIVO POR LESIÓN INTRAEPITELIAL CON OTROS HALLAZGOS NO NEOPLÁSICOS	
Organismos Tricomonas vaginales Cándidas	Herpes virus Vaginosos bacteriana Actinomyces	a. Cambios celulares reactivos asociados a: Inflamación Radiación	
ANOMALIDADES DE LAS CELULAS EPITELIALES		b. Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Grado (LIEBG) incluye: IPYH/Displasia leve/ Neoplasia intraepitelial cervical / NIC I c. Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado (LIEAG) incluye: Displasia moderada, Severa y Carcinoma In Situ/ NIC II / NIC III d. Carcinoma Escamoso Celular o de Células Escamosas	
1. Células escamosas a. Células Escamosas Atípicas (CEA) De significado indeterminado (ASC-US) No se puede excluir LIEAG (ASC-H)	2. Células Glandulares a. Células Glandulares atípicas (AGC) <input type="checkbox"/> Endocervicales <input type="checkbox"/> Endometriales <input type="checkbox"/> No específicas	b. Células Glandulares Atípicas, probablemente Neoplásicas (AGC) <input type="checkbox"/> Endocervicales <input type="checkbox"/> Endometriales <input type="checkbox"/> No específicas	c. Adenocarcinoma Endocervicales In Situ (AIS) d. Adenocarcinoma Endometrial e. Adenocarcinoma (No específico)
C. OTROS			
Células Endometriales en pacientes mayores de 40 años			

Anexo 2
TARJETA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICO UTERINO

TOMA DE PAPANICOLAOU			REPÚBLICA DE PANAMÁ
N°	FECHA	INSTITUCIÓN DE SALUD	MINISTERIO DE SALUD
1			<p>TARJETA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICO UTERINO</p> <p>APELLIDOS</p> <p>PATerno MATerno CONYUGAL</p> <p>NOMBRES</p> <p>N° HISTORIA CLÍNICA</p> <p>N° SEGURO SOCIAL</p> <p>N° CÉDULA</p> <p>ESTA TARJETA ES PARA EL CONTROL DE CITOLOGÍA. CUIDELA YA QUE DEBE PRESENTARLA CADA VEZ QUE ACUDA A UNA CONSULTA MÉDICA</p>
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Esta tarjeta contiene información médica indispensable para una mejor atención de la interesada. En caso de extravío se ruega la haga llegar al Centro o Policlínica de Salud.

RECUERDE: El examen de Citología debe hacerse una vez cada año.

TARJETA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICO UTERINO (REVERSO):

N° DE CITOLOGÍA										FECHA D/M/A			RESULTADO	NOMBRE RESPONSABLE (impresa)	OBSERVACIONES Y FECHA DEL PRÓXIMO EXAMEN

VISITAS DOMICILIARIAS

MORBILIDAD

FECHA	MOTIVO	OBSERVACION	FECHA	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	REFERENCIA

NO. DE CONTROLES RECIBIDOS SEGÚN EDAD

TRIMESTRE DE GESTACIÓN QUE INGRESO A CONTROL

1 AÑO			2 AÑOS		AÑOS		4 AÑOS		PRIMERO			SEGUNDO			TERCERO		
									B.	A.	M.A.	B.	A.	M.A.	B.	A.	M.A.

DATOS RELEVANTES: _____

INSTRUCTIVO ANEXO 3

INSTRUCTIVO PARA EL USO DE LA TARJETA DE SEGUIMIENTO DE CASO.

Objetivo:

Disponer de una tarjeta única que contenga la información necesaria para el seguimiento de casos en el programa de Salud Integral de la Mujer.

Procedimientos:

Colocar el tarjetario en un lugar accesible para el personal y coordinar su uso con Registros de Estadísticas en Salud (REGES).

Abrir una tarjeta a cada paciente que ingresa a control prenatal, planificación familiar y detección del cáncer cervicouterino. Terminado el embarazo se utilizará la tarjeta para seguimiento de la puérpera.

Colocar esta tarjeta en el expediente cada vez que la paciente acuda a control de salud para ser llenado por el funcionario que da la atención. Terminada la consulta se devuelve al tarjetario

Llenado:

Situación obstétrica actual: Grava, Para, Aborto. Fecha de la Última Menstruación (FUM) y fecha probable de Parto (FPP).

Institución: Nombre de la institución de salud donde se ofrece la atención.

Nombre: Nombre y apellido. Incluya apodo.

Dirección: Barrio, calle, número de casa, señale algún lugar de referencia. Anote con lápiz.

Teléfono: De residencia, trabajo, familiar, vecinos.

Fecha de nacimiento: Día, mes, año.

Llamar en caso de urgencia: Nombre, dirección o teléfono de la persona determinada.

Número de Historia Clínica: Número con que se identifica el expediente clínico (Cédula, No-familiar, Seguro Social).

Programa: Programa de Salud Integral de la Mujer. Control: Actividad específica del programa. Ej. Prenatal, planificación familiar, Citología.

Edad: Años cumplidos. Sexo: Femenino

Nº. De control/ Fecha: Anote la fecha del primer control con tinta. En el renglón siguiente anote con lápiz la fecha de la próxima cita. Cuando la paciente acude a la misma, se pasa en tinta y se anota la próxima cita con lápiz.

Actividad-Condición: Actividad realizada, detallar datos de interés con relación a la condición de la paciente al momento de la consulta.

Firma: Del funcionario que da la atención.

Vacuna: nombre de la vacuna que se aplica al momento del control.

Fecha de la vacuna: mes y año. Ej. 3/02

Visita domiciliaria Fecha: día, mes, año.

Motivo: razón fundamental de la visita. Ej. Pre-eclampsia.

Observaciones: Lo de mayor interés de la visita.

Morbilidad:

Fecha: En que la paciente presentó algún problema de salud.

Impresión Diagnóstica: De la morbilidad que presenta.

Referencia: Si se refiere por morbilidad, anote el lugar.

Para pediatría, Número de Controles recibidos según edad.

ANEXO 5
Ministerio de Salud - Caja de Seguro Social
Comisión Nacional Asesora de Patología Cervical y Colposcopia

Guía para la supervisión de las Unidades de Patología Cervical y Colposcopia

Fecha: _____

I. Datos generales

Institución _____ Código _____ Provincia _____

Distrito _____ Corregimiento _____

Población ≥ 21 * años _____ Cobertura de Citología _____

Porcentaje de CITOLOGÍA anormales* _____

*(IVPH, LIEBG, LIEAG, ASCUS, AGUS y CACU)

N° de Instalaciones de Salud que refieren a la Unidad _____

Área geográfica cubierta _____

II. Cumplimiento de Normas

El nivel local cumple con las normas de referencia Si _____ No _____

Si su respuesta fue "No" ¿Por qué? _____

Traen hoja de referencia (SURCO) _____ Laboratorios Pertinentes _____

Resultado de CITOLOGÍA _____

Están disponibles en la Unidad las Guías de Prevención, Detección y Normas de Manejo y Seguimiento de lesiones pre invasoras de Cáncer Cérvico Uterino _____

El personal conoce las Guías _____

Utilización de formularios normados:

Formulario de Citología _____

Formulario de Patología _____

Formulario de Colposcopia _____

Registro diario de Consulta de Colposcopia _____

Registro diario de Biopsias _____

Reglas de Bioseguridad: _____

Guantes _____ Máscaras _____ Batas desechables _____ Manejo de desechos _____

Esterilización del material y equipo _____

III. Espacio físico

Ubicación de la UPCyC: Hospital _____ Centro de Salud _____ ONG _____ Otra _____

Espacio físico: N° de Cubículos para la consulta de Colposcopia: _____

Dimensiones _____

Exclusivo para colposcopia _____ Se mezcla con otros servicios _____

Dentro del Servicio de Ginecología _____ Otro _____

Condiciones de la Unidad:

Aire acondicionado _____ Buen aseo _____ Bien pintado _____ Bien señalado _____

IV. Equipamiento y Mobiliario

Camilla ginecológica adecuada _____ Silla ergonómica _____
 Mesa auxiliar _____
 Adecuado número de espéculos _____
 Espéculos de metal _____ Desechables _____
 Espátulas de Ayre _____ Citobrochas _____

 Pinzas de biopsia: Tipo _____ N° _____ Condición _____
 Cureta endocervical: N° _____ Condición _____
 Equipo de sutura: Porta agujas _____ Tijeras _____ Gasas _____ Tampones _____
 Computador _____
 ¿Tiene programa aplicado al registro de datos de la Unidad? Sí _____ No _____
 N° de Coloscopias _____ Tipo _____
 Cuántos aumentos: _____
 Años de servicio del equipo (s) _____
 Equipo de fotografía _____ Equipo de Video _____
 Criocauterio _____ Óxido Nitroso _____ CO2 _____
 Electrocauterio _____ Radiocirugía _____
 Placas _____ Portaobjetos _____
 Ácido acético _____ Lugol _____ Bisulfito de Sodio _____
 Ácido Tricloroacético _____ Solución Salina _____ Podofilina _____
 Solución de Policresuleno _____ Solución de Monsel _____

V. Producción de Servicios

¿Cuántos días a la semana se hace patología cervical? _____
 N° de consultas de Coloscopia: Trimestral _____ Semestral _____ Anual _____
 N° de Biopsias: Trimestral _____ Semestral _____ Anual _____
 N° de Crioterapias Trimestral _____ Semestral _____ Anual _____
 N° de Cauterizaciones: Trimestral _____ Semestral _____ Anual _____
 N° de Conos con Asa diatérmica: Trimestral _____ Semestral _____ Anual _____
 N° de Toques con Ácido Tricloroacético: Trimestral _____ Semestral _____ Anual _____
 N° de Citología de control: Trimestral _____ Semestral _____ Anual _____

VI. Recursos Humanos

N° Médicos Colposcopistas _____ Enfermera/o _____ Técnico/a en Enfermería _____ Trabajador Social _____
 ¿Dónde recibió entrenamiento el (los/las) colposcopista(s)? _____

VII. Organización de la Unidad

Tiempo de envío de las muestras de CITOLOGÍA y biopsias a Patología _____
 Departamento de Patología responsable: _____ MINSa _____ CSS _____
 Tiempo de recibo de los resultados de CITOLOGÍA: días _____ semanas _____
 Tiempo de recibo de los resultados de Biopsias: días _____ semanas _____
 Clasificación citológica utilizada: Bethesda _____ Si _____ No _____ en caso de "No" Cuál _____
 Existe un libro de registro con los resultados de CITOLOGÍA _____ Biopsias _____

¿Quién le da el seguimiento a los resultados positivos?:

Médico _____ Enfermera _____ Técnico/a en Enfermería _____ Trabajadora social _____

¿Quién es el responsable del seguimiento de los resultados pendientes?:

Dirección Médica _____ Médico _____ Enfermera/o _____ Técnica/o en Enfermería _____ Trabajador/a Social _____

Mensajero/a _____ Otro _____ Nadie _____

¿Quién realiza el Informe Mensual de la Clínica?:

Médico _____ Enfermera/o _____ Técnica/o en Enfermería _____ Secretaria/o de Registro Médico _____

¿Cuánto cuesta en la clínica de Colposcopia?:

Consulta _____ Colposcopia y biopsia _____ Crioterapia _____ Electrocauterización _____ Cono con Asa diatérmica _____

Citología _____ Toques con ATA _____

¿Se realiza correlación Cito-Histo _ Colposcópica? ¿Si _____ ¿No _____ Porque _____

¿Participa el personal de la Unidad en seminarios, cursos, congresos, otros? Si _____ No _____ ¿Por qué? _____

¿Quién participa?: Médico ___ Enfermera/o ___ Técnica/o en Enfermería _____ T. Social _____

¿Se brinda docencia, entrenamiento a recurso humano ajeno a la UPC y C?

Si _____ No _____ ¿Por qué? _____

Funcionario/a entrevistado: _____

Supervisores:

Observaciones:

ANEXO 6
Ministerio de Salud - Caja de Seguro Social
Comisión Nacional Asesora de Patología Cervical y Colposcopia

FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE LOS LABORATORIOS DE
CITO-HISTO-PATOLOGÍA CERVICAL

PROVINCIA _____ **DISTRITO** _____
UNIDAD EJECUTORA _____ **FECHA** _____

I. UBICACIÓN DE LA SECCIÓN DE CITO HISTOPATOLOGÍA CERVICAL

- a). Hospital _____ 1. Nacional. _____ 2. Regional _____
- b). Policentros _____ Policlínicas _____
- c) Otro lugar _____

II. ESPACIO FÍSICO

- A. Dentro del Laboratorio Clínico
- B. Dentro de la Unidad de Patología
- C. Otro lugar _____
- D. Condiciones del Laboratorio de Citohistopatología Cervical
 - a). Área de procesamiento separada del área de lectura
 - b). El mismo lugar para procesamiento y lectura
 - c). Otro _____
- E. Dimensiones del espacio físico total _____
 - a). Recibos y procesamiento _____
 - b). Lectura _____
 - c). Depósito _____
 - d). Archivos _____

III. RECURSOS HUMANOS

- A. Número de citotecnólogos que laboran _____
- B. Tienen asistente de laboratorio _____
- C. Hay citotecnólogo supervisor _____
- D. Tienen secretaria/o _____
- E. Hay patólogo consultor _____

IV. CONTROL DE CALIDAD

- A. Se revisa el 100% de las citologías positivas _____
- B. Qué porcentaje de las citologías negativas se revisa _____

V. EDUCACIÓN CONTINUA.

- A. Asisten a seminarios _____
- B. Hace cuánto tiempo asistió al último. _____

VI. TRANSPORTE Y ENVÍO DE MUESTRAS (PROCEDIMIENTO).

¿Cómo se transportan las muestras hasta el laboratorio?

a). Mensajeros _____ b). Otros _____

¿Qué tiempo demoran las muestras en llegar al laboratorio una vez obtenidas?

a) 1 – 3 días _____ b). 1 semana _____ c). 1 mes _____ d). Más de un mes _____

¿Qué tiempo demoran en el laboratorio?

a). 1 – 3 días _____ b). 1 semana _____ c). 1 mes _____ d). Más de un mes _____

¿En qué tiempo regresan los resultados al lugar de origen?

a). 1 – 3 días _____ b). 1 semana _____ c). 1 mes _____ d). Más de un mes _____

¿Cuentan los centros con envases especiales para transportar las muestras?

a). Adecuadas _____ b). No adecuadas _____

¿Cuántos CITOLOGÍA recibe anualmente el laboratorio? _____

¿Cuántos CITOLOGÍA se procesan en este laboratorio? _____

¿Cuántos de ellos se leen en el laboratorio? _____

¿Cuántos son enviados a otro laboratorio? _____

VII. ABASTECIMIENTO DE INSUMOS

Cuenta el laboratorio con los insumos que a continuación se detallan.

A. Hematoxilina

a). Preparada

b). Para preparar

1). Hematoxilina (polvo) gms.

2). Óxido de mercurio

3). Alumbre (sulfato de aluminio y potasio)

B. Og-6

a). Preparada

b). Para preparar

1). Og-6 (polvo) gms

2). Ácido fosfotúngstico

C. EA – 36 – 50 – 65

a). Preparada

b). Para preparar

1). Bismark Brown (polvo)

2). Eosin Yellow (polvo)

3). Light Green (polvo)

4). Carbonato de Litio

5). Ácido fosfotúngstico

D. Ácido Clorhídrico puro

E. Amoníaco puro

F. Alcohol etílico 95%

G. Alcohol isopropílico

H. Xilol

I. Medio de montaje

J. Cubre objetos

K. Porta objetos

L. Gasas

M. Citología el filtro

N. Algodón

¿Con qué regularidad se abastecen de insumos? _____

VIII. Mobiliario y equipo de laboratorio

A. Cuentan con Microscopio binocular _____ Digital _____ Otros _____

a). Adecuados _____ b). Inadecuados _____

B. Mesas _____ a). Adecuada para el microscopio _____ b). Inadecuada

C. Sillas _____ a). Ergonómicas b). Otras _____

D. Hay fregador en toma de agua _____

E. Gabinetes para materiales y equipos _____

F. Extractores de gases _____

G. Ventilación _____

H. Relojes con alarma de laboratorio _____

I. Centrífuga _____

J. Archivadores de placas _____

K. Recipientes de tinción (vasijas de vidrio) _____

L. Cristalería

1). Probetas _____

2). Vasos químicos _____

3). Tubos de ensayo _____

4). Tubos de centrífuga _____

5). Embudo de vidrio o de metal _____

6). Pipetas _____

7). Policiales _____

8). Frascos ámbar para guardar colorantes _____

M. Otros

1). Gradillas _____

2). Porta placas de 20 laminillas

3). Lápices de cera y diamante _____

4). Computadora _____

5). Citocentrífuga _____

N. Otros Equipos _____

IX. COMENTARIOS

SUPERVISORES:

ANEXO 7

**MINISTERIO DE SALUD/CAJA DE SEGURO SOCIAL
COMISIÓN NACIONAL ASESORA DE PATOLOGÍA CERVICAL Y COLPOSCOPIA
COMPONENTE DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER
CERVICO-UTERINO**

REVISIÓN DE CASO DE CÁNCER CÉRVICO-UTERINO INVASOR

1. Nombre y código del establecimiento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre
Código

2. Fecha de llenado

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Día
mes
año

3. Nombres _____

4. Apellidos _____

Paterno
Materno
Casada

5. N^o de Cédula

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 No.S.S.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. No. de expediente clínico

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. Especialidad del Médico referente: 1.-Gineco-obstetra 2.-Médico General 3.-Otra Cuál: _____

8. Instalación de Salud referente: _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9. Tipo de paciente: 1.- Asegurado 2.- Beneficiario 3.- Asistencia 4.- Privado

10. Lugar de residencia _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

11. Edad en años cumplidos

--	--

12. Estado civil: 1.- Casado/a 2.- Unida 3.- Soltera 4.- Otro

13. Raza: 1.- Caucasoide 2.- Mixta 3.- Negra 4.- Indígena 5.- Asiático
14. Escolaridad 1.- Ninguna 2.- <3 años escolaridad 3.- Primaria completa 4.- Secundaria 5.- Superior
15. Ocupación: 1.- Amade casa 2.- Trabajadora Manual/Doméstica 3.- Oficinista/Técnica/Comercio
4.- Profesional/Académica/Técnica 5.- Profesión de riesgo ETS/SIDA
16. 1.- No fuma 2.- Fuma ocasionalmente 3.- Fuma regularmente
17. Antecedentes familiares de CaCu? 1.- Si 2.- No
18. Familiar afectado : 1.- Madre, tía, abuela 2.- Hermana, prima 3.- Hija
19. Edad de la Menarquia
20. Edad de I.V.S.A.
21. Nº total de Embarazos P.V. Cesáreas Abortos E.Ectópicos
22. Edad al primer embarazo
23. Edad al último embarazo
24. Edad de la menopausia (si aplica)
25. Ritmo menstrual: Duración días Intervalo días
26. 1.- No planifica 2.- A.C.O. 3.- DIU 4.- Inyecta/implante 5.- Condón 6.- Salping
27. Nº de compañeros sexuales previos: 1.- Uno 2.- Dos -- Tres 3.- Cuatro y más
28. Algún cónyuge no circuncidado 1.- Si 2.- No
29. Antecedentes personales de ITS? 1.- Si 2.- No
30. Frecuencia de Toma de CITOLOGÍA: 1.- Anual 2.- Cada 2 años 3.- Irregular 4.- Nunca
31. Año del último CITOLOGÍA
32. Tomado por: 1.- Médico 2.- Enfermera 3.- Auxiliar /Ayudante de Salud
33. Resultado: 1.- Normal 2.- Inflamatorio 3.ASCUS/AGUS4. LIEBG 5.LIEAG 6.CA Insitu 7.CA Invasor
34. Manejo previo al diagnóstico actual: 1.- Médico 2.- Tx local a lesión 3.- Biopsia 4.- Cono
5.- Histerectomía 6.- Ninguno

Mes Año

35. Mes y año del diagnóstico de CA Cu Invasor

36. Se hizo diagnóstico clínico: 1.- Si 2.- No

--	--	--	--

37. Signos y síntomas observados

1.- Lesión evidente 2.- Secreción purulenta

3.- Sangrado vaginal 4.- Dolor pélvico 5.- Otro Cuál: _____

38. Se hizo diagnóstico citológico: 1.- Si 2.- No

39. Se hizo diagnóstico colposcópico: 2.- Si 2.- No

40. Se realizó biopsia: 1.- Si 2.- No

41. La biopsia fue: 1.- De la lesión evidente sin colposcopia 2.- De los cuatro cuadrantes

3.- Dirigida por colposcopia

42. Resultado Histopatológico: 1.- Carcinoma epidermoide 2.- Adenocarcinoma 3.- Otro

43. Grado de diferenciación: 1.- Bien diferenciado 2.- Moderadamente diferenciado 3.- Indiferenciado

44. Estadio (Según clasificación de la FIGO):

1.- EO 2.- Ela 3.- Elb 4.- Ella 5.- Ellb 6.- EIIla

7.- EIIIb 8.- ElVa 9.- EIVb

EVALUACIÓN DEL GRADO DE RESPONSABILIDAD

PACIENTE: 1.- Ignorancia 2.- Negligencia 3.- Inaccesibilidad

CALIDAD DE LA ATENCION 1.- Oportunidad pérdida de captación
 2.- Falta de seguimiento al caso
 3.- Error técnico/de Laboratorio
 4.- Incumplimiento de Normas
 5.- Manejo inadecuado

INSTRUCTIVO DEL ANEXO 7

**MINISTERIO DE SALUD/CAJA DE SEGURO SOCIAL
COMISIÓN NACIONAL ASESORA DE PATOLOGÍA CERVICAL Y COLPOSCOPIA
COMPONENTE DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER
CERVICO-UTERINO
AUDITORÍA DE CASO DE CÁNCER CERVICO-UTERINO INVASOR**

I. Definición de caso

Será objeto de auditoría todo caso registrado en los La Comisión Regional de Patología Cervical y Hospitales Nacionales o Regionales con diagnóstico Colposcopia es la responsable en primera instancia de de cáncer cervico-uterino invasor.

II. Propósito

Contribuir a disminuir la morbi-mortalidad por Cáncer cérvico-uterino mediante el análisis de los factores asociados al diagnóstico tardío y/o incongruente y la implementación de estrategias que favorezcan la detección, diagnóstico y manejo oportuno y efectivo de las lesiones premalignas y reduzcan la incidencia de casos avanzados.

III. Objetivos

a. Nivel Regional/Local

- Crear el hábito de fomentar la práctica de la revisión y análisis de casos clínicos, en este caso, de cáncer invasor, en equipo multidisciplinario para mejorar la calidad de la atención y proponer intervenciones a nivel local para mejorar los servicios en aspectos de promoción, prevención, detección, diagnóstico, atención y seguimiento de pacientes en el marco del programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico-uterino.

b. Nivel Central

- Conocer la magnitud del problema nacional, las causas principales agregadas y predisponentes del cáncer Cérvico-uterino invasor, a fin de establecer y hacer cumplir las Normas que contribuyan a evitarlo.
- Contar con un instrumento que permita de forma indirecta evaluar la coordinación entre los diferentes niveles de atención en cuanto a las acciones de prevención, detección, diagnóstico y manejo del Cáncer Cérvico-uterino.

IV. Responsabilidad

La Comisión Regional de Patología Cervical y Colposcopia es la responsable en primera instancia de realizar las Auditorías de Caso de CaCu Invasor.

La Comisión Nacional Asesora de Patología Cervical y Colposcopia podrá realizar Auditoría de casos de especial interés y revisará los informes de los casos procedentes de las Comisiones Regionales.

V. Metodología

- Revisión del expediente clínico.
- Verificar la disponibilidad de los resultados previos de Citología, Colposcopias, resultados de biopsias, etc.
- Procurar la revisión de placas citológicas previas, si están disponibles.
- Procurar complementar la información de interés epidemiológico que no esté en el expediente a través de la entrevista a la paciente.
- Llenado del formulario de Auditoría luego de haber analizado toda la documentación.
- Cerrar el informe con un análisis crítico final y con las recomendaciones necesarias.
- Envío de una copia del informe a la Comisión Nacional Asesora de Patología Cervical y Colposcopia.

VI. Instructivo para el llenado del formulario

1. Anotar en los cuadros a la derecha los números correspondientes a la respuesta correcta.
2. Anotar en las líneas la información específica solicitada.
3. Procurar llenar todas las variables de interés epidemiológico.

ANEXO 8

TERMINOLOGÍA COLPOSCÓPICA DEL CUELLO UTERINO DE IFCCP 2011¹			
EVALUACION GENERAL		<ul style="list-style-type: none"> Adecuada/inadecuada a causa de ...(por ej.: cuello uterino no claro por inflamación, sangrado, cicatriz) Visibilidad de la unión escamocolumnar: completamente visible, parcialmente visible, no visible. Tipos de zona de transformación 1,2,3	
HALLAZGOS COLPOSCOPICOS NORMALES		Epitelio escamoso original: <ul style="list-style-type: none"> Maduro Atrófico Epitelio columnar <ul style="list-style-type: none"> Ectopía Epitelio escamoso metaplásico <ul style="list-style-type: none"> Quistes de Naboth Aberturas glandulares y/o criptas glandulares Deciduosis en el embarazo	
HALLAZGOS COLPOSCÓPICOS ANORMALES	Principios generales	Ubicación de la lesión: dentro o fuera de la zona de Transformación, ubicación de la lesión según las agujas del reloj. Tamaño de la lesión Número de cuadrantes del cuello uterino que cubre la lesión, tamaño de la lesión en porcentajes del cuello uterino.	
	Grado 1 (Menor)	Epitelio acetoblanco delgado. Borde irregular	Mosaico fino, Puntillado fino
	Grado 2 (Mayor)	Epitelio acetoblanco denso, Aparición rápida de epitelio acetoblanco. Orificios glandulares abiertos con bordes engrosados.	Mosaico grueso, Puntillado grueso. Bordes delimitados, Signo del límite del borde interno, Signo de cresta o sobreelevado.
	No específicos	Leucoplasia (queratosis, hiperqueratosis), Erosión Solución de Lugol (Test de Schiller): positivo/negativo	
SOSPECHA DE INVASION		Vasos atípicos Signos adicionales: Vasos delgados, superficie irregular, lesión exofítica, necrosis, ulceración (necrótica), tumoración nodular.	
HALLAZGOS VARIOS		Zona de transformación congénita, Condiloma, Pólipo (exocervical /endocervical) Inflamación,	Estenosis, Anomalía congénita, Anomalías post tratamiento, Endometriosis

Table 1. The 2014 Bethesda System**SPECIMEN TYPE:**

Indicate conventional smear (Pap smear) vs. liquid-based preparation vs. other

SPECIMEN ADEQUACY

- Satisfactory for evaluation (*describe presence or absence of endocervical/transformation zone component and any other quality indicators, e.g., partially obscuring blood, inflammation, etc.*)
- Unsatisfactory for evaluation . . . (*specify reason*)
 - Specimen rejected/not processed (*specify reason*)
 - Specimen processed and examined, but unsatisfactory for evaluation of epithelial abnormality because of (*specify reason*)

GENERAL CATEGORIZATION (*optional*)

- Negative for Intraepithelial Lesion or Malignancy
- Other: See Interpretation/Result (*e.g., endometrial cells in a woman ≥ 45 years of age*)
- Epithelial Cell Abnormality: See Interpretation/Result (*specify 'squamous' or 'glandular' as appropriate*)

INTERPRETATION/RESULT**NEGATIVE FOR INTRAEPITHELIAL LESION OR MALIGNANCY**

(When there is no cellular evidence of neoplasia, state this in the General Categorization above and/or in the Interpretation/Result section of the report--whether or not there are organisms or other non-neoplastic findings)

Non-Neoplastic Findings (*optional to report*)

- Non-neoplastic cellular variations
 - Squamous metaplasia
 - Keratotic changes
 - Tubal metaplasia
 - Atrophy
 - Pregnancy-associated changes
- Reactive cellular changes associated with:
 - Inflammation (includes typical repair)
 - Lymphocytic (follicular) cervicitis
 - Radiation
 - Intrauterine contraceptive device (IUD)
- Glandular cells status post hysterectomy

Organisms

- Trichomonas vaginalis*
- Fungal organisms morphologically consistent with *Candida* spp.
- Shift in flora suggestive of bacterial vaginosis
- Bacteria morphologically consistent with *Actinomyces* spp.
- Cellular changes consistent with herpes simplex virus
- Cellular changes consistent with cytomegalovirus

OTHER

- Endometrial cells (*in a woman ≥ 45 years of age*)
- (Specify if "negative for squamous intraepithelial lesion")*

Anexo 9
UNIDAD DE PATOLOGIA CERVICAL Y COLPOSCOPIA

REGISTRO DIARIO INTERNO DE EXAMEN COLPOSCOPICO Y BIOPSIAS

FECHA	NOMBRE	EDAD	CÉDULA	DIRECCION	OCUPACION	M	IVSA	GPA	IP	P.F.	#C	CITOLOGÍA	IC	BIOPSIA TRA- TAMIENTO Y SEGUIMIENTO	Médico
			TELÉFONO		ESTADO CIVIL										

Clave: M - Menarca. IVSA- Inicio de Vida Sexual, GPA- Grava Para Aborto, IP- Edad del Primer Parto, PF- Planificación Familiar Método, #C- Número de Cónyuges, CITOLOGÍA - Resultado del CITOLOGÍA, IC. - Impresión Colposcópica.

ANEXO 11 SISTEMA DE CLASIFICACION DE BETHESDA 2014

Adecuación del espécimen

Satisfactorio para evaluación (describe la presencia o ausencia de componentes endocervicales o de la zona de transformación y cualquier otro indicador de calidad, por ejemplo, sangre que oculta parcialmente, inflamación, etc)

1. Insatisfactorio para evaluación ... (especificar razón)
 - a. Especimen rechazado / no procesado (especificar razón)
 - b. Especimen procesado y examinado, pero insatisfactorio para evaluación para anomalías epiteliales debido a ... (especificar razón)

Categorización general (opcional)

Negativo por Lesión Intraepitelial o Malignidad

Anormalidad de Células Epiteliales: ver Interpretación / Resultado (especificar escamoso o glandular si es apropiado)

Otros: Ver Interpretación / Resultado (por ejemplo: células endometriales en mujer >40 años de edad)

Interpretación / Resultado

Negativo por Lesión Intraepitelial o Malignidad (cuando no hay evidencia celular de neoplasia, consigne esto en la Categorización General arriba y/o en la sección Interpretación / Resultado del reporte, ya sea que haya organismos u otros hallazgos no neoplásicos)

- c. Organismos:
 - i. Tricomonas vaginalis
 - ii. Organismos fúngicos morfológicamente consistentes con Candida spp.
 - iii. Cambios en la flora sugestivos de vaginosis bacteriana
 - iv. Bacterias morfológicamente consistentes con Actinomyces spp.
 - v. Cambios celulares consistentes con Virus del Herpes simple

Otros hallazgos no neoplásicos (Reporte opcional; lista no inclusiva):

Cambios celulares reactivos asociados con
 Inflamación (incluye reparación típica)
 Radiación
 Dispositivo intrauterino (DIU)
 Estado post-histerectomía de células glandulares
 Atrofia
 Otros
 Células endometriales (en mujer ≥ 40 años de edad)
 (Especificar si es "negativa por Lesión Intraepitelial Escamosa)
 Anormalidades de las células epiteliales
 Células escamosas
 Células escamosas atípicas
 De significado indeterminado (ASC-US)
 Sin excluirse Lesión de Alto Grado (ASC-H)
 Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Grado (LIE BG)
 Incluye: Virus del Citoma Humano / displasia leve / NIC I
 Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado (LIEAG)
 Incluye: displasia moderada y severa, Carcinoma in situ, NIC II y NIC III

Con hallazgos sospechosos de invasión (si se sospecha invasión)

Carcinoma de células escamosas

Células glandulares Atípicas
 Células endocervicales (Sin otra especificación o especificar en comentarios)
 Células endometriales (Sin otra especificación o especificar en comentarios)
 Células glandulares Atípicas (Sin otra especificación o especificar en comentarios)
 Células endocervicales que sugieren neoplasia
 Células glandulares que sugieren neoplasia
 Adenocarcinoma endocervical in situ

Adenocarcinoma

Endocervical
 Endometrial
 Extrauterino
 Sin otra especificación
 Otras neoplasias malignas: (especificar)

Anexo I2

II. CODIFICACIÓN DEL CANCER DE CUELLO DE ÚTERO DE LA DECIMA REVISIÓN (ICD 10) DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (OPS-OMS)

5.5.1. Displasias

N87	Displasia de cuello uterino Excluye: carcinoma in situ del cuello del útero (D06)
N87.0	Displasia cervical leve Neoplasia intraepitelial cervical (NIC), grado I
N87.1	Displasia cervical moderada Neoplasia intraepitelial cervical (NIN), grado II
N87.2	Displasia cervical severa, no clasificada en otra parte Displasia cervical severa SAI Excluye: Neoplasia intraepitelial Cervical (NIC), grado III, con o sin mención de displasia (severa) (D06)
N87.9	Displasia del cuello del útero, no especificada

4.4.2. Carcinoma in situ del cuello uterino

D06	Carcinoma in situ del cuello del útero Incluye: Neoplasia intraepitelial cervical (NIC), grado III, con o sin mención de displasia severa. Excluye: Displasia severa del cuello SAI (N87.2) Melanoma in situ del cuello (D0-: %)
D06.0	Carcinoma in situ del endocérvix
D06.1	Carcinoma in situ del exocérvix
D06.7	carcinoma in situ de otras partes especificadas del cuello del útero.
D06.9	Carcinoma in situ del cuello del útero, parte no especificada.

5.5.3. Tumor maligno de cuello de útero

C53	Tumor maligno de cuello de útero
C53.0	Tumor maligno de endocérvix
C53.1	Tumor maligno de exocérvix
C53.8	Lesión de sitios contiguos del cuello del útero
C53.9	Tumor maligno de cuello de útero, sin otra especificación



Anexo 13
REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD-CAJA DE SEGURO SOCIAL
SOLICITUD DE PATOLOGÍA



INSTITUCIÓN		SALA		CAMA
APELLIDO PATERNO:		APELLIDO MATERNO:		NOMBRES:
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD		SEXO
				FEMENINO
No. CEDULA		No. SEG. SOCIAL		No. HISTORIA CLÍNICA
RES. HABITUAL			LUGAR DE NAC.	
DIR. DEL TRABAJO			OCUPACIÓN	

GENERALES DEL PACIENTE

RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA (Anotar si el paciente está recibiendo tratamiento oncológico y en dónde y si tiene estudio Cito- Histológico anteriores).

ORÍGEN DEL TEJIDO O MUESTRA:

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

FECHA DE OBTENCIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO:

<u>ESTUDIO MACROSCÓPICO:</u>			
<u>DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO:</u>			
FECHA DE RECIBIDO:	FECHA DE INFORME	FIRMA DEL PATÓLOGO	
Iniciales de quien transcribe	Fecha Tras.	PATÓLOGO	

ANEXO 14

CLASIFICACIÓN CLÍNICA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO SEGÚN EL SISTEMA DE LA FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (FIGO)

Estadio I

El carcinoma de estadio I se limita estrictamente al cuello uterino. No se debe tomar en cuenta la extensión al cuerpo uterino. El diagnóstico de los estadios IA1 y IA2 debe hacerse a partir de los exámenes microscópicos de un tejido extirpado, preferentemente un cono, que rodee la lesión entera.

- **Estadio IA:** Cáncer invasor identificado a través de un examen microscópico únicamente. La invasión se limita a la invasión del estroma medida con un máximo de 5 mm de profundidad y 7 mm de extensión horizontal.
- **Estadio IA1:** La invasión medida en el estroma no supera 3mm de profundidad y 7 mm de diámetro.
- **Estadio IA2:** La invasión medida en el estroma está entre 3 y 5 mm de profundidad y no supera 7 mm de diámetro.
- **Estadio IB:** Las lesiones clínicas se limitan al cérvix o las lesiones pre clínicas son mayores que en el estadio IA. Toda lesión microscópicamente visible incluso con una superficial es un cáncer de estadio IB.
- **Estadio IB1:** Lesiones clínicas de tamaño máximo de 4 cm.
- **Estadio IB2:** Lesiones clínicas de tamaño superior a 4 cm.

Estadio II

El carcinoma de Estadio II se extiende más allá del cérvix, pero sin alcanzar las paredes pelvianas. Afecta la vagina, pero no más allá de sus dos tercios superiores.

- **Estadio IIA:** Ninguna afección parametrial evidente. La invasión afecta los dos tercios superiores de la vagina.
- **IIA1** lesión clínicamente visible menor a 4 cm.
- **IIA2** lesión mayor de 4 cm.
- **IIB** con invasión parametrial obvia

Estadio III

El carcinoma de Estadio III se extiende hacia la pared pelviana. En el examen rectal, todas las zonas están invadidas por el cáncer entre el tumor y la pared pelviana. El tumor afecta el tercio inferior de la vagina. Todos los cánceres con una hidronefrosis o una disfunción renal son cánceres de estadio III.

- **Estadio IIIA:** Ninguna extensión en la pared pelviana, pero afección del tercio inferior de la vagina.
- **Estadio IIIB:** Extensión a la pared, pelviana, hidronefrosis o disfunción renal.

Estadio IV

El carcinoma de estadio IV se extiende más allá de la pelvis verdadera o invade la mucosa de la vejiga y/o del recto.

- **Estadio IVA:** Extensión del tumor a los órganos pelvianos cercanos...
- **Estadio IVB:** Extensión a los órganos distantes.

Fuente: TNM Classification of malignant tumours. L. Sobin and Ch Wittekind (eds.), UICC International Union against Cancer, Geneva, Switzerland. Pp155-157; 6th ed. 2002

ANEXO 15

MINISTERIO DE SALUD
CAJA DE SEGURO SOCIAL

FORMULARIO DE RECHAZO DE MUESTRA

NOMBRE DE LA PACIENTE: _____

CEDULA OS.S.: _____

FECHA: _____ ORIGEN DE LA MUESTRA: _____

PROCEDENCIA: _____

LA MUESTRA / FORMULARIO ANOTADA FUE RECHAZADA POR UNA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

- _____ FORMULARIO NO LEGIBLE
- _____ FORMULARIO INCOMPLETO/ NO LLENADO ADECUADAMENTE/ SIN HISTORIA CLINICA
- _____ MUESTRA RECIBIDA SIN FORMULARIO
- _____ FORMULARIO SIN NOMBRE
- _____ MUESTRA Y FORMULARIO CONTAMINADOS
- _____ NOMBRE EN LA MUESTRA Y FORMULARIO NO COINCIDEN
- _____ FORMULARIO SIN MUESTRA
- _____ MUESTRA NO ROTULADA
- _____ LAMINILLA ESTA QUEBRADA Y ES IMPOSIBLE REPARARLA
- _____ OTROS, ESPECIFIQUE:

DISPOSICION DEL FORMULARIO O MUESTRA:

- _____ ENVIADA PARA CORRECCION
- _____ RETENIDA EN EL LABORATORIO ESPERANDO CORRECCION

FIRMA DEL TECNICO: _____

FECHA: _____

ANEXO 16
SOLICITUD DE TAMIZAJE DE PAPILOMA VIRUS HUMANO (VPH)
LABORATORIO DE PATOLOGÍA

INSTITUCION DE PROCEDENCIA:				N° PVH:			
Nombre:				Cédula:			
Edad:		Sexo: F	I.V.S.	G.	P.	C.	A.
Lugar de residencia:				Distrito:			
Provincia:				Teléfono:			
Ocupación:				Celular:			
Médico Tratante: Sello y firma			Especialidad:				
Fecha de toma de la muestra:							
Procedencia de la muestra:		Cérvix	Boca	Anal	Otros:		
Diagnostico citológico:							
Diagnostico histopatológico:							
RESULTADO DE LA PRUEBA DE GENOTIPIFICACION DE PAPILOMA VIRUS HUMANO (PVH)							
				RESULTADO			
PVH.16							
PVH.18							
Panel de Alto Riesgo							

ANEXO 17
DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLPOSCOPIA-BIOPSIA DEL CUELLO UTERINO

Srta/Sra: _____
 Edad: _____ Cédula N°: _____
 Dirección Residencial: _____
 Teléfono: _____ Trabajo: _____
 Teléfono del Trabajo: _____

DECLARO

Que el DOCTOR/A _____ me ha explicado que es necesario/conveniente proceder, en mi situación, a realizar una COLPOSCOPIA y eventualmente una BIOPSIA del Cuello Uterino.

1. Colposcopia: Se trata de un procedimiento sencillo que permite la observación del cuello del útero con imágenes agrandadas por una lupa especial con un aparato llamado colposcopio, con el fin de detectar o descartar la presencia de lesiones sospechosas o malignas.

2. Biopsia del cuello uterino: Si se detecta una lesión sospechosa o maligna será necesario tomar una pequeña muestra o biopsia de las mismas para realizar la confirmación diagnóstica.

3. Complicaciones y/o riesgos y fracasos: Todo procedimiento, tanto por la propia técnica como por el riesgo de salud de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médico como quirúrgicos, así como un porcentaje mínimo de mortalidad.

Las complicaciones específicas potenciales de la colposcopia son: Alergia a
 Las sustancias utilizadas en la colposcopia, reacción vagal con lipotimia.

Las complicaciones específicas de la biopsia son: hemorragia inmediata o tardía post biopsia, infección.
 Si en el momento del procedimiento surgiera algún imprevisto, el equipo médico
 Podrá modificar la técnica habitual o programada.

Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como: _____

4. Procedimientos
 El médico utilizará un espéculo para mantener la vagina abierta. Le limpiará suavemente el cuello uterino con soluciones especiales. Quizá sienta un leve ardor debido a estas. El médico mirará el cuello uterino con un colposcopio, que lo magnifica e ilumina para poder verlo mejor. El Colposcopio no la tocará. El examen llevará entre 5 a 7 minutos

El médico tomará una pequeña muestra de tejido del cuello uterino (biopsia) para comprobar el diagnóstico. La biopsia puede causar algún dolor de intensidad variable durante unos segundos.

5. Anestesia: Los procedimientos no requieren administrar anestesia. En el caso de que fuera necesario realizar la intervención bajo anestesia general o regional será valorada bajo la responsabilidad del servicio de anestesia.
6. Admisibilidad: Antes de la exploración se harán algunas preguntas para conocer la posibilidad de que esté embarazada. Si la posibilidad existe, se hará la prueba del embarazo ordinaria. La colposcopia se realizará, aunque esté embarazada.
7. Confidencialidad: Toda mi información personal será confidencial y se usará solo para la atención médica. Cualquier otro uso de la misma requerirá de mi consentimiento escrito. El hecho de que rechace cualquier parte de este examen no afectará la atención que pueda recibir en el futuro.
8. Cuidados: Me han sido explicadas las precauciones, y tratamiento en su caso, que he de seguir tras la intervención y que me comprometo a observar.
9. Anatomía Patológica: La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio anatomopatológico posterior para obtener el diagnóstico definitivo, siendo yo como paciente o mis familiares o representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio.

Asimismo, he comprendido que dependiendo de los resultados anatomopatológicos y, por tanto, del diagnóstico definitivo, puede ser necesario completar esta intervención con otra más amplia, de la que se me informará en su caso.

10. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del procedimiento propuesto.

En tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice una colposcopia con biopsia del cuello uterino.

En _____
(Lugar) (Fecha)

EL/LA MÉDICO

LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (EN CASO DE INCAPACIDAD)

REVOCACIÓN

Srta/Sra: _____
Edad: _____ Cedula N°: _____
Dirección Residencial: _____

REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha por finalizado.

EL/LA MÉDICO

LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (EN CASO DE INCAPACIDAD)

ANEXO 18

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE LESIONES INTRAEPITELIALES DE BAJO GRADO

Srta/Sra: _____
 Edad: _____ Cédula N°: _____
 Dirección Residencial: _____
 Teléfono: _____ Trabajo: _____
 Teléfono del Trabajo: _____

DECLARO

Que el DOCTOR/A _____ me ha explicado que es necesario/conveniente proceder, en mi situación, a realizar una COLPOSCOPIA y eventualmente una BIOSIA del Cuello Uterino o un tratamiento con electro - criocauterización.

1. Electro – criocoagulación – ATA del cuello uterino: Se trata de una intervención consistente en la destrucción local superficial mediante calor/frío/químico de determinadas áreas del cuello del útero con fines terapéuticos.

2. Complicaciones y/o riesgos y fracasos: Todo procedimiento, tanto por la propia técnica como por el riesgo de salud de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médico como quirúrgicos, así como un porcentaje mínimo de mortalidad.

Las complicaciones específicas del Electro – Criocoagulación – ATA son: Hemorragia inmediata o tardía, infección, quemaduras accidentales en caso de utilizar electrocirugía, malestar general, dolor pélvico, inflamación de la vulva, flujo vaginal, reacciones alérgicas.
 Si en el momento del procedimiento surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica habitual o programada.

Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como: _____

3. Procedimientos

Si la someten a ELECTROCAUTERIZACIÓN/CRIOTERAPIA/ATA CERVICAL, podrá tener un exudado vaginal acuoso durante hasta cuatro semanas. Aunque es improbable, también puede presentar hemorragia vaginal abundante. Hay un 10% de posibilidad de que el procedimiento, aun realizado correctamente, no sea eficaz; este resultado se detectará en el examen de seguimiento a los 6 meses posteriores a su realización.

4. Anestesia: Los procedimientos no requieren administrar anestesia. En el caso de que fuera necesario realizar la intervención bajo anestesia general o regional será valorada bajo la responsabilidad del servicio de anestesia.

5. Admisibilidad: Antes de la exploración se harán algunas preguntas para conocer la posibilidad de que esté embarazada. Si la posibilidad existe, se hará la prueba del embarazo ordinaria. Si se necesita tratamiento y la prueba del embarazo es positiva dependiendo del resultado (NIC2-3), se podrá aplazar el tratamiento hasta seis semanas después del parto.

6. Confidencialidad: Toda mi información personal será confidencial y se usará solo para la atención médica. Cualquier otro uso de la misma requerirá de mi consentimiento escrito. El hecho de que rechace cualquier parte de este examen no afectará la atención que pueda recibir en el futuro.

7. Cuidados: Me han sido explicadas las precauciones, y tratamiento en su caso, que he de seguir tras la intervención y que me comprometo a observar.

8. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del procedimiento propuesto.

En tales condiciones
CONSIENTO

Que se me realice el tratamiento Electro-Criocoagulación-ATA del cuello uterino.

En _____
 (Lugar) _____ (Fecha)

 EL/LA PERSONAL DE SALUD

 LA PACIENTE

 EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (EN CASO DE INCAPACIDAD)

REVOCACIÓN

Srta/Sra: _____

Edad: _____ Cedula N°: _____

Dirección Residencial: _____

REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha por finalizado.

 EL/LA PERSONAL DE SALUD LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (EN CASO DE INCAPACIDAD)
ANEXO 19
DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONIZACION CERVICAL

Srta/Sra: _____
Edad: _____ Cedula N°: _____
Direccion Residencial: _____
Telefono: _____
Trabajo: _____
Telefono del Trabajo: _____

DECLARO

Que el DOCTOR/A _____

Me ha explicado que es necesari/conveniente proceder, en mi situacion, a realizar una CONIZACIÓN CERVICAL

1. Se trata de una intervención quirúrgica consistente en la extirpación de una parte del cuello del útero en forma de cono, y cuya finalidad puede ser diagnóstica y/o terapéutica.

2. En mi caso concreto el motivo es: _____

3. Complicaciones y/o riesgos y fracasos: Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica quirúrgica como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

Las complicaciones específicas potenciales de la intervención son:

Hemorragia (inmediata o tardía), estenosis cervical, cuello uterino incompetente, extirpación incompleta de la lesión (márgenes positivos, lesión residual y lesión de novo), quemaduras accidentales en caso de utilizar electrocirugía, y excepcionalmente, perforación uterina.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada.

Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como: _____

4. Alternativas: Me ha sido explicada la existencia de otras posibles opciones terapéuticas como amputación cervical, tratamiento destructivo local e histerectomía en determinadas condiciones.

La conización puede efectuarse con bisturí, con láser o con asa electroquirúrgica.

En mi situación se efectuará mediante: _____

5. Cuidados: Me han sido explicadas las precauciones, y tratamiento en su caso, que he de seguir tras la intervención y que me comprometo a observar.

6. Anestesia: El procedimiento se puede realizar con anestesia local o general, dependiendo de los

casos. Si fuera anestesia general, se valorará bajo la responsabilidad del Servicio de Anestesia..

7. Transfusiones: No se puede descartar a priori que en el transcurso de la intervención programada surja la necesidad de una transfusión sanguínea, que, en todo caso, se realizaría con las garantías debidas y por el personal facultativo cualificado para ello.

8. Anatomía Patológica: La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio anatomopatológico posterior para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio.

Asimismo he comprendido que dependiendo de los resultados anatomopatológicos y, por tanto, del diagnóstico definitivo, puede ser necesario completar esta intervención con otra más amplia, de la que se me informará en su caso.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento quirúrgico propuesto.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice una CONIZACIÓN CERVICAL

En _____ (Lugar) _____ (Fecha)

EL/LA MÉDICO

LA PACIENTE

REPRESENTANTE LEGAL (EN CASO DE INCAPACIDAD)

REVOCACIÓN

Srta/Sra: _____

Edad: _____ Cedula N°: _____

Dirección Residencial: _____

REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha por finalizado.

EL/LA MÉDICO

LA PACIENTE

REPRESENTANTE LEGAL (EN CASO DE INCAPACIDAD)

