

“DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN ESSALUD”

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
GERENCIA DE POLÍTICAS Y NORMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

LIMA – PERÚ

Dra. VIRGINIA BAFFIGO TORRÉ DE PINILLOS
Presidenta Ejecutiva de ESSALUD

Eco. MIGUEL ANGEL LA ROSA PAREDES
Gerente General

Dra. MILAGROS SÁNCHEZ TORREJÓN
Gerente Central de Prestaciones de Salud

Dra. ROSA MARÍA LAZO VELARDE
Gerente de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud

EQUIPO DE FORMULACIÓN DE DIRECTIVA

Dr. Dr. Alejandro Yábar Berrocal	Presidente del Comité de Atención Integral de Cáncer
Dr. Pedro Aguilar Ramos	Miembro del Comité de Atención Integral de Cáncer
Dra. Maria del Rosario Cueva Pérez	Miembro del Comité de Atención Integral de Cáncer
Dr. Gorky Bances Neyra	Miembro del Comité de Atención Integral de Cáncer
Dr. Guillermo Salvatierra Romero	Miembro del Comité de Atención Integral de Cáncer
Dra. Rita Ada Meza Padilla	Miembro del Comité de Atención Integral de Cáncer
Dra. Victoria Huancaya Tejeda	Miembro del Comité de Atención Integral de Cáncer
Dr. Aurelio Martín Torres Cava	Miembro del Comité de Atención Integral de Cáncer
Dra. Miluska Calderón Gamarra	Miembro del Comité de Atención Integral de Cáncer
Dra. Blanca Castro Quiroz	Miembro del Comité de Atención Integral de Cáncer

EQUIPO DE VALIDACIÓN INTERNA

Dra. Rosa María Lazo Velarde	Gerente de la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud-GCPS.
Dr. Walter Ubillus Farfan	Subgerente de Normas de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento.
Dra. Karina Montano Fernández	Sub Gerente de Normas de Atención de Prioridades Sanitarias– GPN AIS – GCPS.
Dr. Marco Cardenas Rosas	Asesor de la GCPS.
Dr. Erick de la Torre Bejarano	Director de la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud – GCPS.
Dr. Yohnny Marin Aliaga	Representante de Gerencia Central de Operaciones.
Dra. Celia Roque Cutipa	Representante de Gerencia Central de Operaciones.
Dr. Victor Suarez Moreno	Representante de la Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación
Ing. Gloria Ríos Mayhua	Representante de Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo.
Lic. Andrea Espillco Anchagua	Representante de Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo.
Abog. José Antonio Quispe Salcedo	Representante de Gerencia Central de Asesoría Jurídica.
Abog. Catherin Loza Orozco	Representante de Gerencia Central de Asesoría Jurídica.
Dr. Faustino Tejada Campos	Representante de Gerencia Central de Gestión Financiera

Lima, 09 de febrero del 2016

VISTOS:

Las Cartas Nros. 410 -GOPS-ESSALUD-2016 y 7351-GOPS-ESSALUD-2015 y el Informe Técnico N° 065-GPNAIS-GOPS-ESSALUD-2016 de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud; la Carta N° 100 -GCAJ-ESSALUD-2016 y el Informe N° 15 -GNAAGCAJ-ESSALUD-2016 de la Gerencia Central de Asesoría Jurídica; y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante el artículo I del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, se establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo;

Que, en el artículo 10° del Reglamento de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA, se señala que las prestaciones que otorga el Seguro Social de Salud pueden ser de prevención, promoción y recuperación de la salud, prestaciones de bienestar y promoción social y prestaciones económicas; en ese sentido, mediante su artículo 11° indica que las prestaciones de prevención y promoción de la salud son prioritarias y tienen como objeto conservar la salud de la población, minimizando los riesgos de su deterioro, siendo las mismas la educación para la salud, evaluación y control de riesgos e inmunizaciones;

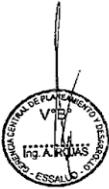
Que, de conformidad a lo establecido en el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que correspondan al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, asimismo, en el literal e) del artículo 2° de la Ley N° 27056 se establece como una de las funciones de ESSALUD, formular y aprobar sus reglamentos internos, así como otras normas que le permitan ofrecer sus servicios de manera ética, eficiente y competitiva;

Que, en el numeral 3.2 del artículo 3° de la citada Ley se señala que las prestaciones de prevención y promoción de la salud comprenden la educación para la salud, evaluación y control de riesgos e inmunizaciones;

Que, el Seguro Social de Salud - ESSALUD ha establecido como objetivo específico 2.2 del objetivo estratégico 2 trazado dentro del marco del Plan Estratégico Institucional 2012-2016, aprobado por Acuerdo de Consejo Directivo N° 23-10-ESSALUD-2012 el de "Implementar un sistema de atención integral basado en la atención primaria de salud y las prioridades sanitarias, gestión por procesos y gestión de la enfermedad";

Que, mediante Decreto Supremo N° 016-2009-SA se aprobó el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), en cuyo numeral 3 de su acápite IV, Condiciones Neoplásicas, del Cáncer de cuello uterino / Displasia de cuello uterino, se dispuso que el manejo clínico específico es según Norma Técnica Oncológica para la Prevención, Detección y Manejo de las Lesiones Premalignas del Cuello Uterino a Nivel Nacional, aprobada con Resolución Jefatural N° 121-RJ-INEN-2008; en la cual se hace mención como componentes técnicos, a la promoción de la salud, prevención y detección en el que



se señala como Procedimientos de Detección al Papanicolaou, Inspección visual con ácido acético (IVAA), Tamizaje mediante la identificación del VPH;

Que, en el artículo 3° del Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA, se señala que el aseguramiento universal en salud es un proceso orientado a lograr que toda población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS);

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-ESSALUD-2014 se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud – ESSALUD, cuyo Texto Actualizado y concordado fue aprobado con la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015, estableciéndose en su artículo 156° que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud es el órgano de línea encargado de elaborar, proponer, monitorear y evaluar el cumplimiento de las políticas, normas y estrategias relacionadas con la atención integral de salud que se brindan a los usuarios a través de las IPRESS propias, de terceros y otras modalidades, así como en salud ambiental, seguridad y salud en el trabajo y medicina complementaria, en el marco de las normas sectoriales;

Que, con Cartas de Vistos la Gerencia Central de Prestaciones de Salud remite un proyecto de Resolución de Gerencia General que aprueba la Directiva "Detección temprana del Cáncer de Cuello Uterino en ESSALUD", con el objetivo de establecer criterios y procedimientos para las acciones de promoción, prevención, detección precoz y manejo de lesiones pre malignas del cáncer de cuello uterino en ESSALUD; y, por finalidad estandarizar criterios y procedimientos a fin de contribuir a mejorar la oportunidad y calidad de atención en la detección temprana de cáncer de cuello uterino;

Que, asimismo, como sustento técnico del proyecto de Directiva en mención se remite el Informe Técnico N° 055-GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2015 elaborado por la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud de la citada Gerencia Central, el cual ha sido elaborado conforme a sus competencias, en concordancia con el Decreto Supremo N° 016-2009-SA que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y con la Norma Técnico Oncológica para la Prevención, Detección y Manejo de las Lesiones Premalignas del Cuello Uterino a Nivel Nacional, aprobada con Resolución Jefatural N° 121-RJ-INEN-2008; y se encuentra acorde con los fines de la Entidad establecidos en el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, en lo referido al otorgamiento de cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, y en el marco de lo establecido en el Plan Estratégico Institucional 2012 - 2016.

Que, en el referido Informe se indica que la propuesta de directiva responde a la necesidad de contar con un documento normativo actualizado que permita identificar tempranamente el cáncer de cuello uterino, mejorar el proceso de la confirmación diagnóstica de los casos positivos y el manejo inicial de los casos según las técnicas utilizadas, estableciendo el flujo de atención de las pacientes desde el primer nivel al tercer nivel de atención fin de detectar oportunamente el cáncer de cuello uterino; y que con la aprobación de la misma dejará sin efecto la Directiva de Procedimientos para la Detección Temprana del Cáncer de Cuello Uterino, aprobada por Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 035-GCPS-ESSALUD-2009; y la Directiva para el Diagnóstico y



Tratamiento de las Lesiones Pre Invasoras del Cuello Uterino, aprobada por Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 042-GCPS-ESSALUD-2011;

Que, con Cartas Nros. 4102-GCGF-ESSALUD-2015, 4764-GCOP-ESSALUD-2015, 1563-GCPD-ESSALUD-2015 y 1500-IETSI-ESSALUD-2015, la Gerencia Central de Gestión Financiera, la Gerencia Central de Operaciones, la Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo y el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación – IETSI, respectivamente, manifiestan su opinión favorable al proyecto de Directiva en mención;

Que, con Carta N° 100 -GCAJ-ESSALUD-2016 e Informe N° 15 -GNAJ-ESSALUD-2016 la Gerencia Central de Asesoría Jurídica emitió opinión señalando que el proyecto de Directiva "Detección temprana del Cáncer de Cuello Uterino en ESSALUD", constituye un instrumento de índole técnico cuya elaboración estuvo a cargo de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, conforme a sus competencias, cuyo objetivo guarda concordancia con la Ley N° 29344 y sus normas reglamentarias; el Reglamento de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA; el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), aprobado por Decreto Supremo N° 016-2009-SA; y la Norma Técnico Oncológica para la Prevención, Detección y Manejo de las Lesiones Premalignas del Cuello Uterino a Nivel Nacional, aprobada con Resolución Jefatural N° 121-RJ-INEN-2008; y acorde con los fines de la Entidad establecidos en el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, en lo referido al otorgamiento de cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, y en el marco de lo establecido en el Plan Estratégico Institucional 2012 - 2016;

Que, en tal sentido, resulta necesario contar con un documento técnico normativo actualizado que permita establecer procedimientos a fin de detectar oportunamente el cáncer de cuello uterino, y contribuir a mejorar la oportunidad y la calidad de atención;

Que, de acuerdo a lo establecido en el literal b) del artículo 9° de la Ley N° 27056, el Gerente General es competente para dirigir el funcionamiento de la Institución, emitir las directivas y los procedimientos internos necesarios, en concordancia con las políticas, lineamientos y demás disposiciones del Consejo Directivo y del Presidente Ejecutivo;

Con las visaciones de la Gerencia Central de Operaciones, la Gerencia Central de Gestión Financiera, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, la Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo, el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación y la Gerencia Central de Asesoría Jurídica, y;

Estando a lo expuesto y en uso de las facultades conferidas;

SE RESUELVE:

1. **APROBAR** la Directiva N° 027 -GG-ESSALUD-2016, "Detección temprana del Cáncer de Cuello Uterino en ESSALUD", que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.
2. **DISPONER** que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud se encargue de la difusión, capacitación y evaluación de la Directiva aprobada por la presente Resolución, a nivel nacional.
3. **DISPONER** que las Redes Desconcentradas / Redes Asistenciales, y Órganos Prestadores Nacionales, en el ámbito de sus competencias, adopten las acciones que



resulten necesarias para la implementación progresiva de la Directiva aprobada, de acuerdo a su disponibilidad presupuestal, debiendo la Gerencia Central de Operaciones realizar el seguimiento, control, supervisión y evaluación hasta su total implementación.

4. **DISPONER** que los Órganos Centrales coadyuven al cumplimiento de la implementación de la Directiva aprobada por la presente Resolución, debiendo la Gerencia Central de Operaciones conducir las acciones a efectos que sean implementadas por dichos Órganos Centrales según sus competencias.
5. **DEJAR SIN EFECTO** el documento técnico normativo "Directiva de Procedimientos para la Detección Temprana del cáncer de cuello uterino", aprobada por Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 036-GCPS-ESSALUD-2009; y, el Documento Técnico Normativo "Directiva para el Diagnóstico y Tratamiento de las Lesiones Pre Invasoras del Cuello Uterino", aprobada por Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 42-GCPS-ESSALUD-2011.
6. **PUBLICAR** en el Compendio Normativo del Seguro Social de Salud – ESSALUD.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.



EGO. MIGUEL LA ROSA PAREDES
GERENTE GENERAL
ESSALUD

ÍNDICE

	Pag.
I. Objetivo	09
II. Finalidad	09
III. Base Legal	09
IV. Ámbito de aplicación	10
V. Responsabilidad	10
VI. Disposiciones	10
6.1 Disposiciones Generales	10
6.2 Disposiciones Específicas	10
6.3 Disposiciones Complementarias	20
VII. Conceptos de Referencia	21
VIII. Anexos	25
Anexo N° 01A : Factores de Riesgo	25
Anexo N° 01B : Técnicas de tamizaje cáncer de cuello uterino.	25
Anexo N° 02 : Equipamiento, materiales e insumos básicos para Tamizaje de Cáncer de cuello uterino.	26
Anexo N° 03 : Procedimiento para la toma de Citología (PAP) del Cuello Uterino.	27
Anexo N° 04 : Formato de solicitud de Citología cervical.	31
Anexo N° 05 : Procedimiento para la Inspección visual con ácido acético (IVAA).	32
Anexo N° 06 : Procedimiento para la toma de la Citología en base líquida y Test de Identificación de ADN para VPH.	32
Anexo N° 07 : Algoritmo para el proceso diagnóstico del cáncer de cuello uterino de acuerdo a niveles de Atención.	33
Anexo N° 08A : Algoritmo de acuerdo a resultados de Citología Convencional	34
Anexo N° 08B : Algoritmo de manejo de acuerdo a resultados de Citología Convencional e inspección visual con ácido acético IVAA	35
Anexo N° 08C : Algoritmo de manejo de acuerdo a resultados de Citología en Base Líquida (CBL).	36
Anexo N° 08D : Algoritmo de diagnóstico y tratamiento de acuerdo a resultados de pruebas de tamizaje test de ADN para VPH	37
Anexo N° 08E : Algoritmo de manejo de acuerdo a resultado de pruebas de tamizaje test de ADN para VPH (Prueba Rápida) e IVAA	38
Anexo N° 09 : Diagnóstico, Manejo y Seguimiento de NIC y Cáncer de Cuello Uterino.	39
Anexo N° 10 : Informe Colposcópico.	41
Anexo N° 11 : Consentimiento Informado para Colposcopia y Biopsia	42
Anexo N° 12 : Flujo de manejo de cáncer de cuello uterino.	44
Anexo N° 13 : Indicadores.	45

I. OBJETIVO

Establecer criterios y procedimientos para las acciones de promoción, prevención, detección precoz y manejo de lesiones pre malignas del cáncer de cuello uterino en EsSalud.

II. FINALIDAD

Estandarizar criterios y procedimientos a fin de contribuir a mejorar la oportunidad y calidad de atención en la detección temprana de cáncer de cuello uterino.

III. BASE LEGAL

1. Ley General de Salud N° 26842, y modificatorias.
2. Decreto Supremo N° 016-2009-SA, que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
3. Resolución Jefatural N° 121-RJ-INEN-2008, que aprueba la Norma Técnico Oncológica para la Prevención, Detección y Manejo de las Lesiones Premalignas del Cuello Uterino a Nivel Nacional.
4. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y modificatorias; su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N° 009-97-SA y modificatorias.
5. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 601-PE-ESSALUD-2015 que aprueba el Modelo de Organización y Funciones de la Red Desconcentrada y los Reglamentos de Organización y Funciones de la Gerencia de Red Desconcentrada de Lima y Callao.
6. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-ESSALUD-2014 que aprueba la nueva Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud – ESSALUD y modificatorias, cuyo Texto Actualizado y concordado fue aprobado con la resolución de presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015.
7. Resolución de Gerencia General N° 1517-GG-ESSALUD-2015 que aprueba la Directiva N° 014-GG-ESSALUD-2015 “Normas para el Proceso de Referencia y Contrarreferencia en EsSalud”.
8. Resolución de Gerencia General N° 1515-GG-ESSALUD-2015 que aprueba la Directiva N° 012-GG-ESSALUD-2015 “Normas de los Procesos de Admisión, Consulta Externa y Atención Ambulatoria en las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud (IPRESS) del Seguro Social de Salud-EsSalud”.
9. Resolución de Gerencia General N° 1261-GG-ESSALUD-2013 que aprueba la Directiva N° 013-GG-ESSALUD-2013 “Normas para la Formulación, Aprobación y Actualización de Directivas en EsSalud”.
10. Resolución de Gerencia General N° 487-GG-ESSALUD-2014 que aprueba la Directiva N° 005-GG-ESSALUD-2014 “Cartera de Servicios Complejidad Creciente del Seguro Social (ESSALUD)”.
11. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 067-GCPS-ESSALUD-2010 que aprueba la Directiva N° 010-GCPS-ESSALUD-2010 “Sistema de Priorización de la Atención al Paciente Oncológico en las Redes Asistenciales de EsSalud a Nivel Nacional”.
12. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 056-GCPS-ESSALUD-2011 que aprueba el documento técnico denominado “Plan de Atención Integral del Cáncer en EsSalud 2011–2016”.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente directiva es de aplicación en las IPRESS propias, de terceros o bajo modalidad de Asociación Público Privada – APP.

V. RESPONSABILIDAD

- Gerente Central de Prestaciones de Salud.
- Gerente Central de Operaciones.
- Gerente de Red Desconcentrada.
- Gerente/Director de Red Asistencial.
- Gerente/Director de IPRESS.
- Jefe de Departamento y Servicio.

VI. DISPOSICIONES

6.1 DISPOSICIONES GENERALES

- 6.1.1** El Gerente de Red Desconcentrada o el Gerente/Director de Red Asistencial y el Gerente/Director de la IPRESS son responsables de la organización y mejora continua de los procesos de atención e información estadística para la implementación de la presente directiva, considerando la optimización de recursos, la capacidad resolutive y la oferta flexible. Asimismo, se documenta los flujos de atención y los tiempos de espera en la atención.
- 6.1.2.** El Gerente de Red Desconcentrada o el Gerente/Director de Red Asistencial y el Gerente/Director de la IPRESS son responsables de gestionar y planificar los recursos, equipos e insumos necesarios de acuerdo a las normas vigentes; así como, designar recursos para identificar y programar capacitaciones al personal asistencial y administrativo involucrado en los procesos de la atención para la detección precoz y manejo de lesiones pre malignas de cáncer de cuello uterino de acuerdo a perfil y competencias.
- 6.1.3.** El Gerente de Red Desconcentrada o el Gerente/Director de Red Asistencial y el Gerente/Director de la IPRESS son responsables de monitorizar los procesos de atención y supervisar los equipos responsables de la prevención, detección precoz y manejo de lesiones pre malignas de cáncer de cuello uterino, estableciendo las acciones y estrategias para mejorar la oportunidad y calidad de la atención; así como la continuidad y seguimiento de casos altamente sospechosos de cáncer.

6.2 DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.2.1. DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD:

- a. El Gerente de Red Desconcentrada o el Gerente/Director de Red Asistencial y el Gerente/Director de la IPRESS, según corresponda, coordinan y gestionan la programación de intervenciones en entidades empleadoras públicas y privadas a nivel local para el desarrollo de acciones conjuntas que fomenten estilos de vida saludables y la prevención del cáncer de cuello uterino con el

- apoyo de Oferta Flexible, e intervenciones del Programa de Reforma de Vida, teniendo en cuenta el contexto sociocultural y condiciones ambientales.
- b. El Gerente de Red Desconcentrada o el Gerente/Director de Red Asistencial y el Gerente/Director de la IPRESS coordinan con autoridades, organizaciones de la sociedad civil, u otros prestadores de salud para la organización de actividades a nivel local que generen participación comunitaria y empoderamiento de los asegurados en el autocuidado de su salud para evitar el cáncer de cuello uterino.
 - c. La acción de Información, Educación y Comunicación en Salud se realiza a través de actividades intra y extramurales, según los recursos locales, características sociales, demográficas y culturales.
 - d. El Gerente de Red Desconcentrada o el Gerente/Director de Red Asistencial y el Gerente/Director de la IPRESS, planifican y gestionan, de acuerdo a la normativa de contratación estatal correspondiente, la dotación de material educativo (físico, audiovisual, entre otros) con mensajes educativos en salud sexual, identificación de factores de riesgo y factores protectores para evitar el desarrollo de cáncer de cuello uterino, que cuenten con aprobación de la Oficina de Relaciones Institucionales, o el que haga sus veces en la Red Desconcentrada o Asistencial.

6.2.2 DE LA PREVENCIÓN PRIMARIA:

- a. El personal de salud identifica y brinda orientación sobre factores de riesgo, importancia de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) y los métodos de tamizaje disponibles, con la finalidad de mejorar la aceptación del tamizaje de cáncer de cuello uterino y fortalecer el nivel de conocimiento de la paciente en la prevención del cáncer. (Anexo N° 01 A)
- b. El Gerente de Red Desconcentrada, Gerente/Director de Red Asistencial y el Gerente/Director de la IPRESS en coordinación con la autoridad sanitaria local del Ministerio de Salud, gestiona el abastecimiento, seguimiento y vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH). Se coordina y realiza de acuerdo al Esquema Nacional de Vacunación vigente, brindando la información necesaria al usuario, además de su registro en la Historia Clínica.

6.2.3 DE LA PREVENCIÓN SECUNDARIA:

- a. El tamizaje de cáncer de cuello uterino se realiza en pacientes de 21 a 65 años, o después de 03 años de iniciada la actividad sexual.

- b. La técnica para tamizaje de cáncer de cuello uterino se implementa y gestiona teniendo en cuenta la accesibilidad al servicio, la oportunidad de oferta, aspectos socioculturales, las tasas de incidencia, prevalencia o mortalidad del cáncer de cuello uterino y de acuerdo a las recomendaciones establecidas. (Anexo N°01B)
- c. **Las técnicas de tamizaje para prevención secundaria se realizan de la siguiente manera:** (Anexo N°01B)
- La citología convencional (CC) se realiza en las pacientes de 21 a 65 años, o después de 03 años de inicio de la actividad sexual. Si el resultado es negativo, el control se realiza anualmente.
 - La Citología de Base Líquida (CBL) se realiza en las pacientes de 21 a 65 años, o después de 03 años de inicio de la actividad sexual. Si el resultado es negativo, el control se realiza cada 03 años.
 - La citología convencional (CC) que incluye la Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA), se realiza en las pacientes de 30 a 50 años. Si el resultado es negativo, el control se realiza cada 03 años.
 - El Test de Identificación de ADN para VPH se realiza en las pacientes de 30 a 50 años. Si los resultados son negativos, el control se realiza cada 05 años.

6.2.4 DEL PROCESO DE LA ATENCIÓN PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

A. ACERCA DE LA CAPTACIÓN PARA EL TAMIZAJE:

- a. La captación de mujeres con factores de riesgo para desarrollar cáncer de cuello uterino se realiza a nivel **intramural** y **extramural**, teniendo en cuenta lo dispuesto en la normatividad vigente de consulta externa. La estrategia que demuestre incrementar la captación y optimizar el tiempo de atención y entrega de resultados al paciente es parte del proceso de mejora de la atención.
- b. A nivel **intramural**, se desarrolla actividades de educación, información, comunicación para el incrementar el acceso a las pacientes al tamizaje de cáncer de cuello uterino.
- c. A nivel **extramural**, se coordina y organiza con entidades empleadoras, Oferta Flexible y el Programa de Reforma de Vida intervenciones para incrementar el tamizaje de cáncer de cuello uterino en la población asegurada a fin de optimizar los recursos y el registro de información.

B. ACERCA DEL TAMIZAJE:

- a. La prueba de tamizaje se realiza previa información y aceptación de la paciente. El médico gineco-obstetra, médico de familia, médico general, obstetrix/obstetra, profesional capacitado realiza el tamizaje.
- b. La técnica de **Citología Convencional** se realiza con un equipamiento básico. (Anexo N°02).
- c. La toma de muestra de citología cervical (PAP) se realiza con el procedimiento adecuado según la técnica recomendada en la IPRESS con población asignada. (Anexo N° 03)
- d. Los datos de la paciente se consignan en el formato de solicitud de citología cervical (PAP). (Anexo N° 04)
- e. La prueba de IVAA se realiza por médico gineco-obstetra, médico de familia, médico general, obstetrix/obstetra, profesional de salud previamente capacitado y acreditado. (Anexo N° 05)
- f. El **IVAA**, se realiza conjuntamente con la Citología Convencional (PAP) en pacientes de 30 a 50 años.
- g. La citología cervical (PAP) e IVAA y/o la identificación de ADN para VPH son técnicas de elección para el tamizaje oportuno del cáncer de cuello uterino.
- h. El test de identificación de ADN para VPH se indica sólo a pacientes de 30 a 50 años, según la técnica para realizar el procedimiento. La muestra es obtenida por médico gineco-obstetra, médico de familia, médico general, obstetrix/obstetra. (Anexo N° 06).
- i. El resultado de la citología cervical anormal (PAP positivo) se controla según los hallazgos y técnica utilizada en la IPRESS. (Anexo N° 07, 8A, 8B, 8C, 8D, 8E)
- j. La paciente con sospecha clínica de cáncer de cuello uterino con lesión macroscópica es referida por el profesional de salud responsable de la atención a la IPRESS con capacidad resolutive en un plazo máximo de 72 horas. En este caso, no procede realizar el tamizaje (Citología, IVAA ni test de identificación de ADN para VPH).
- k. En la gestante la citología y/o test de identificación de ADN para VPH y/o IVAA, se realiza durante el primer trimestre o primera consulta, en caso no cuente con resultado citológico en el último año.
- l. El material citológico (láminas o frascos con solución conservadora de la muestra de secreción cervical), así como el listado de pacientes, y las solicitudes de estudio citológico y/o molecular son remitidos a la IPRESS de destino que cuente con área de citología, y son trasladadas en condiciones adecuadas y oportunamente.

- m. La paciente operada de histerectomía total (cirugía para remover el útero y el cuello uterino), no debe ser tamizada por causas no relacionadas a cáncer o lesiones pre malignas de cuello uterino.

C. DE LA NOTIFICACIÓN Y REGISTRO

- a. El personal de salud que realiza la técnica de tamizaje identifica y registra a la paciente en el módulo correspondiente en el sistema de información vigente.
- b. El registro de la atención (toma de PAP) se realiza en la historia clínica y en el parte diario con el código CIE 10: **Z12.4** (Examen de pesquisa especial para tumor del cuello uterino) y el código **CPT** en el módulo de citología.
- c. En la IPRESS de origen (lugar donde se realiza la toma de PAP) debe contar con un único registro nominal (manual o electrónico) de pacientes con toma de PAP y resultados de citología cervical.
- d. En la IPRESS destino (lugar donde se procesa y/o realiza el estudio citológico), el área de citología debe contar con un registro (manual o electrónico) de los resultados de citología cervical señalando si corresponden a citología para tamizaje o control.
- e. En la IPRESS de destino, se ingresa el resultado de la citología cervical y/o prueba molecular de ADN para VPH en la base de datos del sistema de información vigente. Los resultados a través de un usuario de acceso deben ser visualizados por la IPRESS de origen. Los resultados se reportan en forma impresa a la IPRESS de origen en un plazo no mayor de 07 días calendario.
- f. En la IPRESS de destino, los resultados de la citología cervical se ingresan al sistema de información vigente, dentro de un plazo no mayor de 05 días calendario, y para el caso de pruebas moleculares de ADN para VPH en un plazo no mayor de 10 días calendario.
- g. El resultado de VPH positivo se registra con el código CIE 10: **B97.7** en el sistema de información vigente.

D. DEL CONTROL Y SEGUIMIENTO

- a. El Jefe de Servicio del área de Citología o de Anatomía Patológica de la IPRESS que procesa y/o realiza el estudio de las láminas, es responsable de la entrega de los resultados de la citología cervical a la IPRESS de destino, en un plazo de 07 días calendario de recibida la muestra.
- b. Los resultados de citología anormal: **LIE AG, ASC-H, AGC y Carcinoma**, se entregan a la IPRESS de origen u oferta flexible que realiza toma de PAP, en un tiempo no mayor a 72 horas. En la IPRESS de destino el Director designa al responsable de realizar el seguimiento y ubicación de la paciente por vía

- telefónica o el desarrollo de otras estrategias para ubicar a la paciente de acuerdo a contexto local en coordinación con el responsable de Servicio Social.
- c. La paciente con resultados de citología anormal que no es ubicada, se debe dejar constancia del seguimiento y una notificación.
 - d. El resultado de citología anormal: LIE AG, ASC-H, AGC y Carcinoma, es informado por el Jefe del Servicio del área de Citología o de Anatomía Patológica a la Unidad de Referencia y Contrarreferencia o quien haga sus veces de la IPRESS que procesa las láminas, en un plazo no mayor a 72 horas, con la finalidad que se genere la referencia administrativa y la cita respectiva.
 - e. La cita otorgada mediante la referencia administrativa a pacientes con citología anormal: LIE AG, ASC-H, AGC para realizar los estudios de diagnóstico (colposcopia y biopsia dirigida) debe ser en un plazo no mayor de 15 días calendario. La generación de cita se comunica a la IPRESS de destino, a fin de realizar el seguimiento para que la paciente acuda a su cita.
 - f. La paciente con resultado negativo, se tamiza de acuerdo a la periodicidad recomendada, según la técnica de citología utilizada. (Anexo N° 07 y 08).
 - g. En caso de muestra insuficiente o citología no satisfactoria se cita a la paciente para nueva toma de muestra en un plazo máximo de 30 días calendario.
 - h. El seguimiento de la paciente con citología anormal (PAP positivo) debe establecer su registro nominal para el control, seguimiento, manejo y evaluación según los resultados de acuerdo al flujo establecido para el proceso diagnóstico y manejo de casos. (Anexo N° 07, 08 Y 09)
 - i. El seguimiento, confirmación diagnóstica y control del resultado del tamizaje de cáncer de cuello uterino positivo, se realiza de acuerdo a la capacidad resolutive de la IPRESS siguiendo el flujo establecido según los hallazgos y técnica utilizada (Anexo N° 07 y 08)
- j. Resultados de la Citología convencional (Anexo N° 08A)**
- 1. La paciente con resultado de citología convencional: lesión escamosa intra epitelial de bajo grado (LIE BG) y células atípicas escamosas de significado indeterminado (ASC-US), se controla con citología convencional cada 6 meses durante 18 meses.
 - 2. La paciente con resultado de citología anormal persistente se refiere a la IPRESS con mayor capacidad resolutive para el estudio y seguimiento. El control negativo, se continúa con el tamizaje de rutina, anual.

3. La paciente con resultado de citología convencional que concluye en LIE AG, ASC-H, células atípicas glandulares (AGC) y Carcinoma se refiere a la IPRESS con mayor capacidad resolutive disponible para diagnóstico y tratamiento.
4. La paciente con resultado del estudio citológico convencional anormal se atiende o se refiere a la IPRESS mayor con capacidad resolutive.

k. Resultados de la Citología convencional e IVAA (Anexo N° 8B)

1. La paciente con resultado de IVAA negativo y la citología cervical convencional normal, se controla cada tres años.
2. La paciente con resultado IVAA negativo y citología convencional LIE BG, ASC-US, se controla con citología convencional cada 6 meses durante 18 meses.
3. La paciente con resultado de citología convencional persistente durante 18 meses en LIE BG, ASC-US o que concluye en: LIE AG, ASC-H, AGC o Carcinoma, se o atiende o refiere en la IPRESS con mayor capacidad resolutive.
4. La paciente con resultado de IVAA positivo con o sin resultado de citología, se atiende o refiere la IPRESS con capacidad resolutive.
5. La paciente con resultado de IVAA positivo con o sin resultado de citología en una población con alta incidencia de cáncer de cuello uterino o de difícil acceso al nivel con mayor capacidad resolutive, se evalúa el tratamiento con crioterapia o cono LEEP.

l. Resultados de la Citología de Base Líquida (Anexo N° 8C)

El resultado del estudio de citología de base líquida anormal se controla de acuerdo a los resultados obtenidos (Anexo N° 08C)

1. La paciente con resultado ASC-US y LIE BG, se controla anualmente. El control normal (negativo) se realiza tamizaje cada 03 años.
2. La paciente con resultado persistente al año, de ASC-US y LIE BG es referida a la IPRESS con capacidad resolutive para la confirmación diagnóstica de lesiones pre malignas o malignas de cuello uterino.
3. La paciente con resultado de LIE AG, ASC-H, AGC y Carcinoma se atiende o refiere a la IPRESS con mayor capacidad resolutive para el manejo correspondiente.

m. Resultados del Test de Identificación de ADN para VPH (Anexo N° 8D)

1. El resultado del test es positivo a VPH de alto riesgo (16, 18 y/o otros de

alto riesgo) requiere del estudio de Citología de Base Líquida y se refiere a la paciente a la IPRESS con mayor capacidad resolutive

2. El resultado de la identificación de ADN para VPH, se informa a la IPRESS de origen para continuar el seguimiento de la paciente.

n. Resultados del Test de Identificación de ADN para VPH (prueba rápida) e IVAA: (Anexo N° 8E)

1. La paciente con resultado del Test de Tamizaje de ADN para VPH (prueba rápida) negativo se controla después de un intervalo mínimo de 3 años.
2. La paciente con resultado de Test de Tamizaje de ADN para VPH (prueba rápida) positivo se procede a realizar IVAA.
3. La paciente con resultado de Test de Tamizaje de ADN para VPH (prueba rápida) positivo e IVAA negativo se le controla anualmente.
4. La paciente con resultado de test de tamizaje de ADN para VPH positivo e IVAA positivo se valora el tratamiento con Crioterapia o Cono LEEP de acuerdo a capacidad resolutive de la IPRESS, diferimiento u oportunidad de atención.
5. El control posterior a Crioterapia o Cono LEEP, se realiza al año el Test de Tamizaje de ADN para VPH (prueba rápida).

E. DEL REPORTE DE LOS RESULTADOS:

- a. La entrega de resultados de tamizaje de cancer de cuello uterino a la paciente en la IPRESS de destino, es realizado por el médico gineco-obstetra, médico de familia, médico general, obstetrix/obstetra, en un periodo no mayor de 15 días calendario de recibido los resultados, para ello se revisará periódicamente los tiempos de espera y se generan estrategias de acuerdo al contexto local.
- b. La paciente con resultado de citología cervical anormal: **LIE AG, ASC-H, AGC y Carcinoma, o sospecha clínica (caso probable)** debe contar con una cita a través del Sistema de Referencia Administrativa a la IPRESS con capacidad resolutive para realizar los estudios de diagnóstico (colposcopia y biopsia dirigida).
- c. El 10% del total de láminas citológicas normales y el 100% de muestras con resultado de citología anormal (PAP positivo) se supervisa y revisa al azar por el médico anatómopatólogo en la IPRESS con laboratorio de citología o anatomía patológica.
- d. El reporte colposcópico se realiza en el formato de Informe estandarizado. (Anexo N°10)

6.2.5 DEL PROCESO DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LESIONES PRE MALIGNAS:

- a. El Gerente/Director de la IPRESS o a quien delegue monitorea periódicamente el proceso de la atención para el diagnóstico y tratamiento de las lesiones pre malignas del cuello uterino a fin de disminuir los tiempos de espera y mejorar la oportunidad de atención.
- b. La confirmación diagnóstica de la lesión pre maligna de cuello uterino se realiza en el segundo nivel de atención o la IPRESS con capacidad resolutive. El procedimiento necesario se realiza previo consentimiento informado. (Anexo N° 11)
- c. La paciente con resultado de citología anormal (PAP positivo), IVAA positivo y Test de identificación de ADN para VPH positivo de acuerdo al grado de la lesión, debe ser atendida en la IPRESS con mayor capacidad resolutive para realizar el diagnóstico y tratamiento de las lesiones premalignas de cuello uterino (colposcopia y biopsia dirigida).
- d. En la IPRESS de Complejidad Creciente o Centros Médicos Especializados, se realiza la **colposcopia básica** a todas las pacientes con citología anormal (PAP positivo) antes de referir a la paciente a la IPRESS con mayor capacidad resolutive.
- e. La paciente con resultado de la biopsia de cuello uterino para Neoplasia Intraepitelial (NIC) negativo, se controla cada 06 meses mediante 02 controles citocolposcópicos con el ginecólogo. El control negativo continúa con el tamizaje de rutina en la IPRESS del primer nivel de atención.

6.2.6 DEL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LAS LESIONES PREMALIGNAS: (Anexo N° 09)

- a. La paciente con resultado de biopsia de cuello uterino NIC 1, se controla con evaluación citocolposcópica, cada año durante 02 años, en caso de persistencia al año o factores de riesgo se indica tratamiento con Crioterapia o Cono LEEP.
- b. El seguimiento y control post tratamiento de paciente con NIC 1 (Displasia Leve), es durante 03 años, con evaluaciones anuales de citología y colposcopia.
- c. El tratamiento con Cono LEEP se indica cuando el resultado persiste, recurre NIC 1 o progresa a lesión mayor.
- d. Las adolescentes y casos seleccionados (núlparas, paridad insatisfecha u otras) con resultado NIC 2, se controla durante 02 años con evaluación citocolposcópica cada 06 meses o se indica manejo con Crioterapia o Cono LEEP.
- e. El seguimiento y control post tratamiento de paciente con resultado NIC 2, se realiza por 05 años, con evaluaciones semestrales por 02 años y luego anuales con citología, identificación de ADN para VPH y colposcopia.

- f. La paciente con el resultado NIC 2 que persiste o recurre al año o progresa a lesión mayor, se indica Cono LEEP, Cono frío o Histerectomía ampliada a vagina. Si el resultado es negativo para NIC, se realiza tamizaje de rutina en el IPRESS de origen del primer nivel de atención.
- g. La paciente con resultado NIC 3 o Carcinoma in situ se controla durante un año con evaluación citocolposcópica cada 06 meses en adolescentes y casos seleccionados, o se indica Cono LEEP o Cono Frío. El seguimiento y control de NIC 3 es por 05 años.
- h. El seguimiento y control post tratamiento de NIC 3 (Displasia Severa) o Carcinoma in situ se realiza por 5 años, con evaluaciones semestrales durante 02 años y luego anuales con citología, identificación de ADN para VPH y colposcopia.
- i. Cuando persiste o recurre NIC 3 o progresa a lesión mayor, está indicado realizar cono frío o histerectomía ampliada a vagina. De ser negativo para NIC se realiza el tamizaje de rutina en la IPRESS de origen.
- j. La paciente con resultado de cáncer de cuello uterino en todos sus estadios se le indicar tratamiento quirúrgico en los estadios iniciales (IA1, IA2, IB1 y IIA1). En los casos localmente avanzados (IB2, II y III) y avanzados con metástasis o progresión de enfermedad, se indica tratamiento con radioterapia y/o quimioterapia o medicina paliativa.
- k. El seguimiento y control post tratamiento es de 10 años para los casos que recibieron tratamiento quirúrgico, con evaluaciones semestrales por dos años con citología, colposcopia y estudio de imágenes (TAC o RMN pelvis), y luego anuales sólo con citología. Si persiste o recurre, se indica tratamiento quirúrgico o radioterapia y/o quimioterapia.
- l. En el caso localmente avanzados (IB2, II y III) y avanzado con metástasis o progresión de enfermedad, el seguimiento y control post tratamiento es continuo, con evaluaciones cada 04 meses el primer año, cada 06 meses el segundo y tercer año, y luego anuales. En caso de persistencia o recurrencia se debe dar tratamiento con Radioterapia y/o quimioterapia o medicina paliativa.

6.2.7 DE LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (Anexo N° 09 y 12)

- a. La referencia administrativa para los casos de resultados de citología anormal: **LIE AG, ASC-H, AGC y Carcinoma**, se debe otorgar en un plazo no mayor a 72 horas y para otorgar cita en el nivel con mayor capacidad resolutive en un plazo no mayor de 15 días.

- b. El caso con evidencia de lesiones sospechosas de alto grado (LIEAG) o cáncer de cuello uterino, detectados mediante colposcopia básica se refiere a la IPRESS con mayor capacidad resolutive para el manejo correspondiente.
- c. El caso probable con sospecha clínica de cáncer de cuello uterino (CIE C53), asociado o no a citología anormal, identificación de ADN para VPH positivo, IVAA positivo, citología LIE de alto grado, carcinoma in situ (D06), Displasia Moderada y Severa (N87.1; N87. 2), ASCH y AGC y los casos de persistencia durante 18 meses de ASCUS, LIE BG, detectados en la IPRESS del primer nivel de atención deben ser referidos al especialista en el nivel con mayor capacidad resolutive para colposcopia.
- d. El resultado de la biopsia negativa, se controla dos veces durante un año y luego la paciente es contrarreferida a su IPRESS de origen para continuar con el tamizaje de rutina.
- e. El manejo y seguimiento de la paciente con resultado de biopsia positiva para NIC 1, 2 y 3 se realiza en las Unidades de Patología Cervical y Colposcopia en el segundo nivel con el especialista. En caso no cuenten con estas unidades, son referidas al tercer nivel.
- f. El manejo y seguimiento de lesiones pre malignas, carcinoma in situ y cáncer de cuello uterino en todos sus estadios se realiza en el tercer nivel para evaluación y manejo multidisciplinario (Oncología Médica, Radioterapia y Medicina Paliativa).
- g. La contrarreferencia al primer nivel se debe realizar de acuerdo a la evaluación médica después de 03 a 05 años de seguimiento y con controles negativos para lesiones pre malignas de cuello uterino.
- h. La contrarreferencia al segundo nivel se realiza hasta de 10 años de seguimiento y con controles negativos para lesiones pre malignas y malignas de cuello uterino.
- i. La IPRESS de destino informa a la IPRESS de origen si la paciente con Citología anormal, IVAA positivo, test de identificación de ADN para VPH positivo o sospecha clínica de cáncer; no acudió a la cita, para su ubicación, notificación y seguimiento.

6.3 DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

- 6.3.1** Los indicadores establecidos se monitorean cada tres meses para evaluar la implementación progresiva de la presente Directiva. El cumplimiento de los estándares son de manera gradual de acuerdo a la aprobación del Plan de Atención Integral de Cáncer 2016-2021 y al presupuesto con el que se cuenta. (Anexo N°13).

- 6.3.2** El rendimiento de profesionales y técnicas de tamizaje se consideran de acuerdo a la norma que establece los criterios de programación de actividades sanitarias.
- 6.3.3** El incumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente Directiva por parte de los Funcionarios, Jefes de Departamento, Jefes de Servicio, trabajadores profesionales y no profesionales de la salud, constituye falta de carácter disciplinario y es sancionado según normatividad legal y/o institucional vigente.
- 6.3.4** El inicio de procedimientos administrativos disciplinarios y las imposiciones de las sanciones que pudiesen corresponder a los servidores pertenecientes a los regímenes laborales comprendidos bajo el Decreto Legislativo N° 276 (Público), Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público, y sus modificatorias; el Texto Único Ordenado del Decreto Legislativo N° 728 (Privado), Ley de Productividad y Competitividad Laboral, aprobado por el Decreto Supremo N° 003-97-TR, y sus modificatorias; y el Decreto Legislativo N° 1057 (CAS), Decreto que regula el régimen especial de contratación administrativa de servicios, se efectuará de acuerdo a las normas contenidas en la Ley del Servicio Civil N° 30057 y su Reglamento aprobado mediante el Decreto Supremo N° 040-2014-PCM, así como por la Directiva N° 002-2015-SERVIR/GPGSC aprobada por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 101-2015-SERVIR-PE.
- 6.3.5** El Gerente / Director y el Jefe de la Oficina de Administración de la Red Desconcentrada / Asistencial son los responsables del cumplimiento de la presente Directiva en todas las IPRESS de su jurisdicción, así como de los resultados por falta de control y seguimiento operativo.

VII. CONCEPTOS DE REFERENCIA

- 1. AGC:** Nomenclatura citológica de Bethesda que equivale a células atípicas glandulares de significado indeterminado.
- 2. Áreas con poblaciones de Alto riesgo:** Son las mujeres (>30 años) en las que se registra altas tasas de prevalencia, incidencia o mortalidad por cáncer de cuello uterino y/o áreas con bajas coberturas de detección de cáncer de cuello uterino.
- 3. ASC:** Nomenclatura citológica de Bethesda que equivale a células escamosas atípicas.
- 4. ASC-H:** Nomenclatura citológica de Bethesda que equivale a células atípicas escamosas de significado indeterminado que no excluyen lesión de alto grado.
- 5. ASC-US:** Nomenclatura citológica de Bethesda que equivale a células atípicas escamosas de significado indeterminado.
- 6. Cáncer de Cuello Uterino:** El término designa la proliferación maligna, autónoma y desregulada de células del epitelio del cuello uterino.
- 7. Carcinoma In Situ:** Estadío de lesión pre maligna que afecta todo el espesor de la capa de revestimiento o epitelio del cuello uterino, pero no penetra en la membrana basal.

8. **Caso probable:** Paciente con resultado de citología anormal, IVAA positivo, Test de identificación de ADN para VPH positivo.
9. **Citología anormal (PAP positivo):** Resultado del estudio citológico informa infección por VPH, ASC-US, ASC-H, AGC, LIE BG, LIE AG o carcinoma.
10. **Citología Negativa:** Citología negativo para lesiones intra epiteliales de cuello uterino.
11. **Citología Convencional o Papanicolaou (PAP):** Método de estudio citológico utilizado para detectar alteraciones celulares relacionadas con lesiones pre malignas y malignas.
12. **Citología en base líquida:** Método automatizado de estudio citológico utilizado para detectar alteraciones celulares relacionadas con lesiones pre malignas y malignas. Se toma la muestra del cuello uterino con un citocepillo especial y se coloca en un vial con un líquido fijador especial, esto luego se va a centrifugar y se hace un extendido muy pequeño.
13. **Colposcopia:** Examen de la vagina y del cuello uterino utilizando un instrumento endoscópico de aumento, el colposcopio, que permite la observación directa y el estudio de los tejidos del cuello uterino, vagina, después de la aplicación de solución de ácido acético al 5%. Puede ser colposcopia básica, donde solo se observa y describe los hallazgos colposcópicos sin ningún procedimiento de biopsia o tratamiento.
14. **Confirmación diagnóstica:** La paciente detectada o con sospecha clínica de Cáncer Cuello uterino con evaluación y procedimientos diagnósticos positivos (biopsia dirigida por colposcopia).
15. **Cono Frío:** Procedimiento quirúrgico excisional para extraer una muestra de tejido del cuello uterino en forma de cono para efectuar el análisis histopatológico, se realiza con bisturí. Puede ser diagnóstico o terapéutico.
16. **Cono LEEP:** Procedimiento quirúrgico excisional para extraer una muestra de tejido del cuello uterino en forma de cono para efectuar el análisis histopatológico. Se realiza con asa LEEP. Puede ser diagnóstico o terapéutico.
17. **Crioterapia:** Método de tratamiento ablativo ambulatorio que emplea temperaturas sumamente bajas (<20 grados Celsius bajo cero es temperatura letal celular) para congelar y destruir el tejido anormal. Se utiliza de preferencia el CO₂.
18. **Detección Temprana:** Comprende el diagnóstico temprano en las poblaciones sintomáticas y el tamizaje en las poblaciones asintomáticos pero en riesgo.
19. **Displasia:** Lesión con pérdida de la estructura del epitelio con alteraciones en la morfología de sus componentes celulares que no penetra la membrana basal. Término utilizado según la clasificación histológica descriptiva recomendada por la OMS, para las lesiones precursoras del cáncer cuello uterino. Incluye la displasia leve, displasia moderada y la displasia severa. Otros términos son neoplasia intra epitelial cervical (NIC) o lesión intra epitelial escamosa (LIE).

20. **Inspección Visual con ácido ascético (IVAA):** Método de estudio visual directo del cuello uterino utilizando el ácido acético al 5%. Se aplica como tamizaje de lesiones pre malignas de cuello uterino.
21. **IVAA Negativo:** Ausencia de imagen acetoblanca en la inspección del Cuello uterino, luego de la aplicación de ácido acético al 5% en el Cuello Uterino.
22. **IVAA Positivo:** Presencia de imagen acetoblanca en la inspección del Cuello uterino, luego de la aplicación de ácido acético al 5% en el Cuello Uterino.
23. **LIE:** Nomenclatura citológica de Bethesda que equivale a lesión intra epitelial escamosa.
24. **LIE Alto Grado:** Nomenclatura citológica de Bethesda que equivale a lesión escamosa intra epitelial de alto grado incluye a la displasia moderada y severa (NIC II, NIC III) y carcinoma in situ.
25. **LIE Bajo Grado:** Nomenclatura citológica de Bethesda que equivale a lesión escamosa intra epitelial de bajo grado incluye la infección por VPH, displasia leve o NIC I.
26. **Muestra no satisfactoria:** Muestra inadecuada para la detección de anormalidades epiteliales cervicales. Cuando una muestra se considera no satisfactoria, la razón debe ser incluida en el diagnóstico final, por ejemplo, celularidad baja, inflamación, muestra rechazada debido a que se recibió sin identificar o la laminilla estaba rota. Según Bethesda 2001.
27. **Muestra satisfactoria:** Muestra apropiada, con número adecuado de células epiteliales de la zona de transformación y de la unión escamo columnar bien conservadas. Según Bethesda 2001.
28. **NIC:** Afectación del espesor del epitelio puede ser NIC1 si afecta 1/3 inferior, NIC2 si afecta 2/3 y NIC 3 si afecta todo el espesor epitelial.
29. **Prevención de Cáncer de Cuello Uterino:** Diversas actividades dirigidas a evitar la aparición de lesiones pre malignas y malignas de cáncer de cuello uterino así como la detección temprana, oportuna y manejo de estas lesiones.
30. **PAP:** Examen de citología exfoliativa con técnica de Papanicolaou.
31. **Población con alta incidencia de cáncer de cuello uterino:** Población que se encuentra en el cuartil superior de acuerdo a la matriz de priorización según la frecuencia/tasa de incidencia, severidad/tasa de mortalidad regulado anualmente.
32. **Sospecha Clínica de Cáncer de Cuello Uterino:** Visualización a la especuloscopia de una lesión exocervical proliferativa sangrante y/o friable, con o sin antecedentes de sangrado vaginal. Así mismo al tacto rectal se puede encontrar un cuello uterino aumentado de volumen y/o afectación de parametrios.
33. **Tamizaje positivo:** Resultado de citología anormal, IVAA e identificación de ADN para VPH positivo.

34. **Tamizaje Negativo:** Resultado de citología negativo, IVAA e identificación de ADN para VPH negativo.
35. **Test de Identificación de ADN para VPH:** Las pruebas para la detección del VPH analizan la presencia de secuencias de ADN viral. Mediante PCR (reacción en cadena de polimerasa) permite identificar el tipo específico de VPH.
36. **Test de Identificación de ADN para VPH (Prueba rápida):** Es la prueba capaz de detectar ADN para VPH de alto riesgo cuyo resultado está disponible entre dos a dos horas y media. Se utiliza específicamente a población con alta incidencia de cáncer, difícil acceso, falta de oportunidad de cita para el nivel con capacidad resolutive y que no acuden a los establecimientos de salud para tamizaje.
37. **Vacuna contra virus del Papiloma Humano (VPH):** Es una vacuna contra ciertas variedades de enfermedades de transmisión sexual del VPH, asociado con el desarrollo del cáncer cervical (o cáncer del cuello del útero).
38. **VPH:** Virus del Papiloma humano, agente relacionado a la presencia de cáncer de cuello uterino.

ANEXO N° 01A:

FACTORES DE RIESGO

- Inicio precoz de relaciones sexuales.
- Múltiples parejas sexuales.
- Promiscuidad de la pareja.
- No uso de preservativo.
- Lugar de procedencia (altas tasas de prevalencia e incidencia).
- Infecciones de transmisión sexual.
- Multiparidad.
- Tabaquismo.
- Inmunodeficiencia.

ANEXO N° 01B:

TÉCNICAS DE TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

TÉCNICA RECOMENDADA	GRUPO ETAREO	Control (*)
Citología Convencional	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes de 21-65 años • A los 03 años del inicio de actividad sexual 	Cada año
Citología Convencional + IVAA	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes de 30- 50 ños 	Cada 03 años.
Citología de Base Líquida	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes de 21-65 años • A los 3 años del inicio de actividad sexual 	Cada 03 años
Test de Identificación de ADN para VPH	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes de 30- 50 años 	Cada 05 años

**ANEXO N° 02:
EQUIPAMIENTO, MATERIALES E INSUMOS MINIMOS PARA TAMIZAJE DE
CÁNCER DE CUELLO UTERINO**

1. Camilla con pierneras
2. Espéculos Descartables o Metálicos.
3. Espátulas De Ayre
4. Citocepillos
5. Láminas Portaobjetos
6. Lápiz punta de diamante
7. Caja para colocar y fijar láminas
8. Alcohol Etílico Al 96% (Citofijador)
9. Ácido Acético 5%
10. Lugol Al 5%
11. Lámparas Cuello de Ganso con Foco de luz Amarilla De 100 Watts o LED.
12. Guantes Descartables
13. Algodón
14. Hisopos
15. Cloruro De Sodio 9/1000

ANEXO N° 03:
PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGÍA DEL CUELLO
UTERINO (PAP)

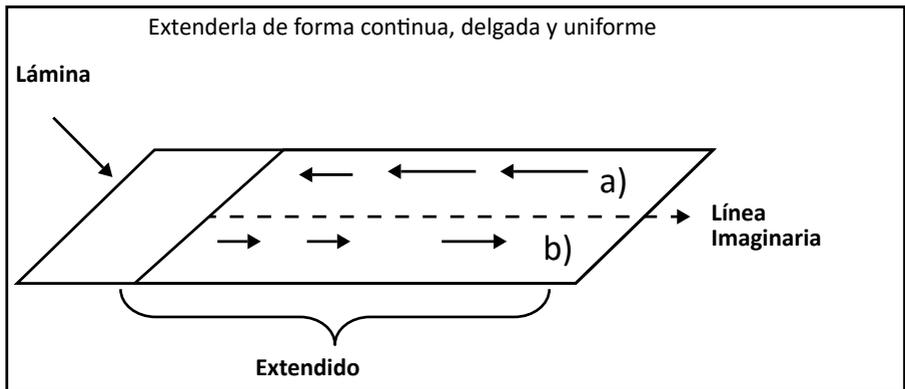
1. Toda paciente que va a ser examinada para la realización de citología cervical (PAP) debe recibir información individual y/o grupal sobre:
 - o El cuello uterino, que es y donde se encuentra.
 - o Factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino.
 - o Papel e importancia del PAP. Periodicidad.
 - o Explicación de cómo se realiza la prueba pasos a seguir, consecuencias de no hacerse la prueba.
 - o Los resultados de la prueba y la importancia de acudir a recoger el resultado.
2. La atención de la paciente, debe ser con cortesía y respeto.
3. Registrar el formato de solicitud con letra legible y clara. De preferencia se buscará que la paciente:
 - o No esté menstruando, ni tenga flujo abundante o inflamación severa.
 - o No haya tenido una histerectomía total por patología benigna.
 - o No relaciones sexuales vaginales antes 24 horas
 - o No uso de óvulos o cremas.
 - o No uso de duchas vaginales.
4. **Identificación de la lámina:** Se escribe con lápiz los nombres y apellidos de la paciente, su número de registro y la fecha de la toma de la muestra en un papel pequeño que se asegura con un clip a la cara opuesta del extendido de la lámina. Los centros que dispongan de lápices con punta de diamante también lo podrán usar.
5. **Procedimiento de Toma de la muestra:** El profesional de la salud debidamente entrenado con materiales necesarios para tomar la muestra de Papanicolaou deberá registrar, previo al procedimiento, los datos personales de cada paciente en el formato de solicitud. Antes de tomar el PAP el profesional deberá hacer la observación directa del cuello uterino para identificar cualquier lesión macroscópica. No realizar tacto vaginal previo a la toma de la muestra.
6. **Obtención de la muestra:**
 - o La paciente informada del procedimiento a realizar, preparada y en posición para examen ginecológico.
 - o El examinador debe seguir las medidas de bioseguridad.
 - o Introducir el espéculo vaginal; de ser necesario solo usar suero fisiológico hasta visualizar el cuello uterino.

- o La toma adecuada exige la observación directa del cuello uterino y obtener muestras simultáneas de exocérvis (rotando 360° en sentido horario). y endocérvis (rotando 180° sentido anti horario), mediante el uso de espátula de Ayre y el citocepillo.
- o En caso de presencia de sangrado leve o flujo, la toma de la muestra se hará, previa limpieza cuidadosa del cuello uterino, con torunda de algodón seco.
- o En las gestantes, está contraindicada la toma de muestra de endocérvis con citocepillo u otro elemento (para el exocérvis utilizar cito-espátula de Ayre).
- o En las mujeres post-menopausias, donde la zona de transformación migra hacia el canal endocervical, es necesario obtener la muestra del endocérvis, mediante el citocepillo rotándolo en 360°.

7. Extendido de la muestra:

- o El extendido se realizará inmediatamente, en la cara opuesta al Papel de identificación de la lámina o en la misma cara si se utiliza el lápiz con punta de diamante.
- o El extendido en la lámina deberá ser lo más uniforme y delgado posible, evitando grumos. Extender la muestra en toda la lámina, con movimientos suaves y distribuyéndola en una capa fina.
- o La muestra de exocérvis se extiende longitudinalmente en una mitad de la lámina.
- o La muestra de endocérvis se extiende longitudinalmente en la otra mitad de la lámina.
- o Luego cierre y retire delicadamente el espéculo.
- o Coloque los instrumentos utilizados en la solución descontaminante.

Extensión de la muestra



8. Fijación de la muestra:

- o Sumergir inmediata (antes de 5 segundos) completamente la lámina con el papel de identificación o rotulado con lápiz punta de diamante en el fijador (alcohol etílico de 96°, contenido en un recipiente abierto, de boca ancha y tapa hermética y cercana al operador).

- o El tiempo mínimo de fijación es 15 minutos cuando se usa alcohol de 96° y de 30 minutos cuando se usa alcohol de 70°. Luego retirar la lámina y colocarla en un depósito de madera o de plástico hasta el momento en que es enviada al laboratorio.
- o Si el material no se fija de inmediato, las células se deshidratarán y deformarán y ya no es posible hacer una lectura adecuada del portaobjetos en el laboratorio.

Otras consideraciones:

- o El recambio del fijador es diario. Como fijador se usará alcohol etílico no menor de 70°.
- o El envío de la lámina al laboratorio de citología se hará en un tiempo no mayor de una semana.
- o Para la protección del personal de salud y de la paciente, todo el proceso de toma de muestra, extendido, fijación y manipulación de las láminas se realizará con guantes descartables, considerando todas las medidas de bioseguridad.

9. Errores que deben evitarse:

Identificación inadecuada de la lámina.

- o Uso de lapicero o esparadrapo para la identificación de la lámina.
- o Utilización de láminas sucias.
- o Exposición de la lámina al ambiente antes de la fijación (>30 segundos).
- o Insuficiente tiempo de fijación o uso de alcohol etílico menor de 70°.
- o Extendido hemorrágico.
- o Extendido grueso con distribución irregular de la muestra.
- o Rotación excesiva o incompleta de la espátula sobre la zona de transformación (menos o más de 360°).
- o Toma insuficiente de una zona de transformación extensa.

10. Conservación, embalaje, transporte y remisión de muestras:

- o Conservación de las muestras: Las láminas con las muestras fijadas, no requieren condiciones de conservación controladas solo protegerlas del polvo.
- o Embalaje de las láminas: Asegurarse que las láminas estén totalmente secas y rotuladas para identificarlas correctamente. Colocar las láminas en depósitos de madera o de plástico dentro de cajas de cartón (si el traslado es lejano), acompañadas de las órdenes respectivas.
- o Para el transporte: elegir un medio de transporte, rápido, económico seguro y confiable. Se debe evaluar la conservación e integridad de las láminas con el fin de contar con tamizajes efectivos y eficientes.
- o Para la remisión de muestras: deben realizarse en el menor tiempo posible para disminuir el tiempo de reporte del resultado.

11. Lectura e interpretación:

Utilizar la nomenclatura del **Sistema de Bethesda 2001**. La lectura incluye: calidad de la muestra, clasificación general, interpretación/resultado (negativo para malignidad, microorganismos, presencia de células Endocervical y otros).

12. SISTEMA BETHESDA:

Anormalidades de Células Epiteliales:

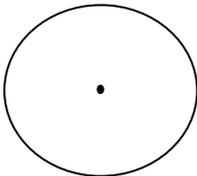
A. Células escamosas:

1. Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US: siglas en inglés).
2. Células escamosas atípicas, no se descarta lesión de alto grado (ASC-H)
3. Lesiones Escamosas Intra epiteliales de Bajo Grado (LIE BG), incluye:
 - Presencia de Papiloma Virus Humano (VPH).
 - Displasia Leve.
4. Lesiones Escamosas Intra epiteliales de Alto Grado (LIE AG), incluye:
 - Displasia Moderada.
 - Displasia Severa.
 - Carcinoma in situ.
5. Carcinoma de células escamosas.

B. Células glandulares:

Anomalías de células glandulares atípicas (AGC: siglas en inglés)

**ANEXO N° 04:
FORMATO DE SOLICITUD DE CITOLOGÍA CERVICAL**

IPRESS:		
NRO AUTOGENERADO:		DNI:
NOMBRE(S) Y APELLIDOS:		
FECHA:		TELEFONOS:
DOMICILIO:		CORREO:
EDAD:		G: P:
GESTANTE: SI () NO ()		
Inicio R.S:	FUR:	MAC:
Fecha ultimo PAP:		Tratamiento Hormonal:
Tipo de Técnica de tamizaje:		
Citología Convencional : Citología de Base Líquida : Test de ADN para VPH:		
Examen de cuello uterino:		
Cuello aparentemente normal ()		Firma y sello
Cervicitis() leucorrea () otros ()		
Erosión del cuello() No se observa cuello ()		
IVAA:		Nombre Profesional:
Positivo ()		
Negativo ()		
Sospecha de Cáncer ()		
		N° Colegiatura:

ANEXO N° 05:

PROCEDIMIENTO PARA LA INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO (IVAA)

Puede hacerse a simple vista (también llamada cervicoscopia o inspección visual directa del cuello uterino), o bien con una lente de bajo aumento (también llamada ginoscopia o inspección visual con ácido acético y lente de aumento).

La inspección visual con ácido acético (IVAA) se debe realizar durante la toma de Papanicolaou.

PROCEDIMIENTO:

1. Realizar una exploración vaginal con espéculo, durante la cual el profesional de la salud capacitado aplica ácido acético 5% (vinagre) al cuello uterino durante 1-2 minutos.
2. Observar el cuello uterino a simple vista, para identificar cambios de color en el mismo.
3. Al exponer el tejido anormal al ácido acético, adquiere temporalmente una coloración blanca.
4. Determinar si el resultado de la prueba es positivo o negativo para posibles lesiones precancerosas o cáncer.

Categoría de la IVAA	Resultados Clínicos
Prueba: Negativa	Sin lesión acetoblanca ni lesiones acetoblancas pálidas; pólipos, cervicitis, inflamación o quistes de Naboth.
Prueba: Positiva	Áreas acetoblancas densas (de color blanco opaco o blanco ostra), nítidas, precisas, bien definidas con o sin márgenes elevados que tocan la unión escamo-cilíndrico (UEC); leucoplasia y verrugas.
Sospecha de cáncer	Excrecencia o lesión ulcerosa o en coliflor, visible clínicamente; exudación o sangrado al tacto.

ANEXO N° 06:

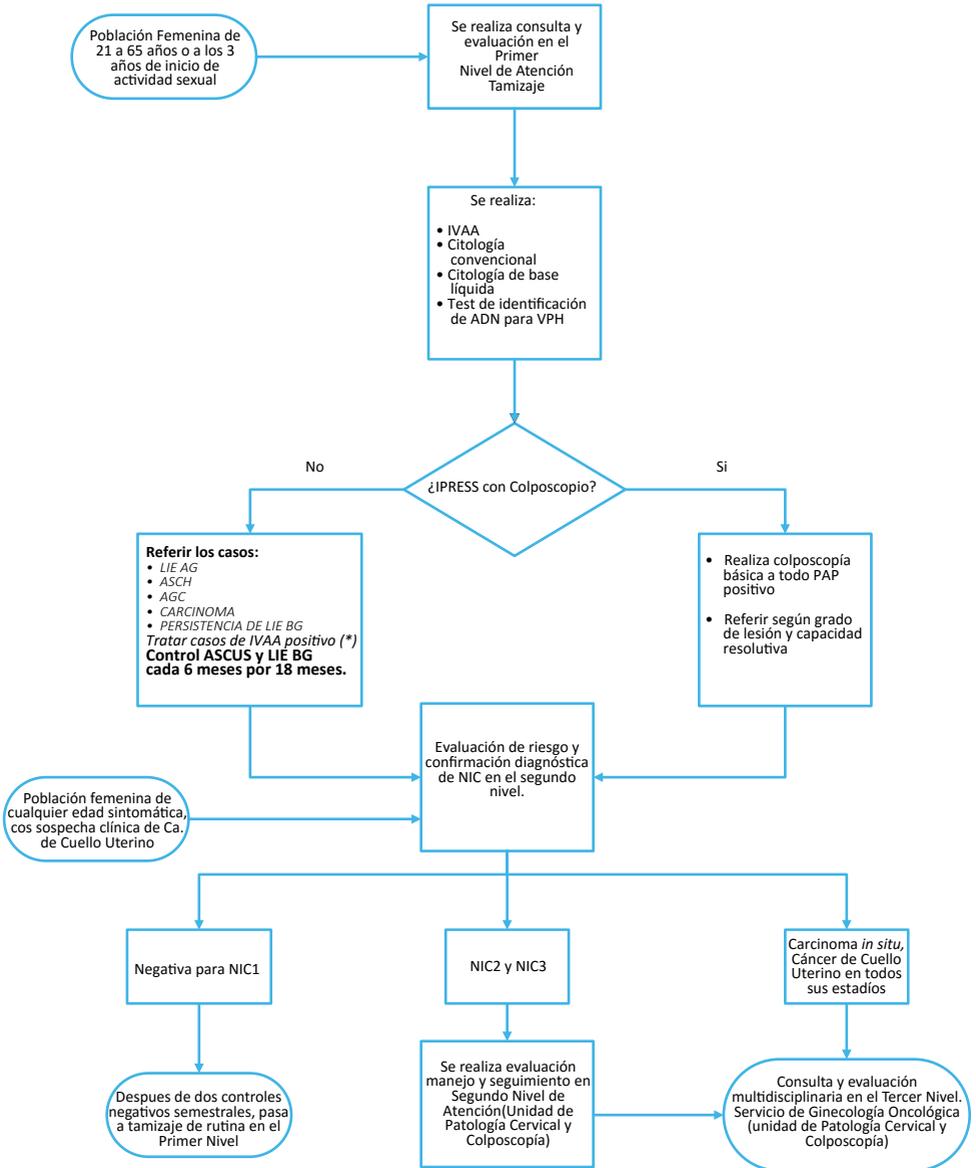
PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE LA CITOLOGÍA EN BASE LÍQUIDA Y TEST DE IDENTIFICACIÓN DE ADN PARA VPH

El procedimiento para la toma de citología en base líquida se basa en obtener la muestra igual que para citología convencional pero en lugar de usar espátula se utiliza citocepillo, el cual luego de hacer la toma de muestra cervical se coloca dentro de un frasco con medio líquido, luego se tapa y se envía la muestra para estudio citológico.

El procedimiento para obtener la muestra para el test de identificación de ADN para VPH se realiza siguiendo los mismos pasos que la citología de base líquida.

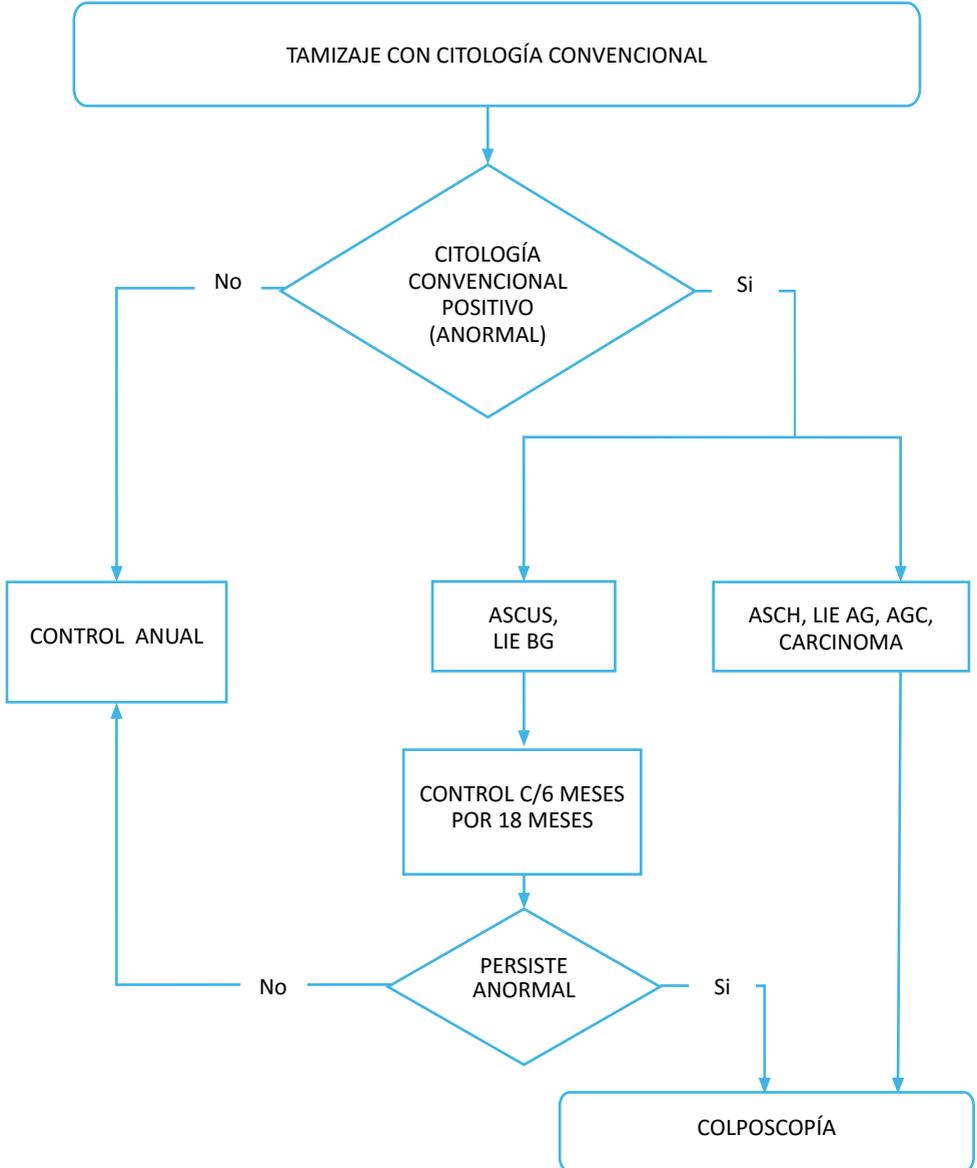
El procedimiento se realiza en la IPRESS de origen por el profesional de salud capacitado de acuerdo a su perfil y competencias.

**ANEXO N° 07:
ALGORITMO PARA EL PROCESO DIAGNOSTICO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO DE
ACUERDO A NIVELES DE ATENCIÓN**



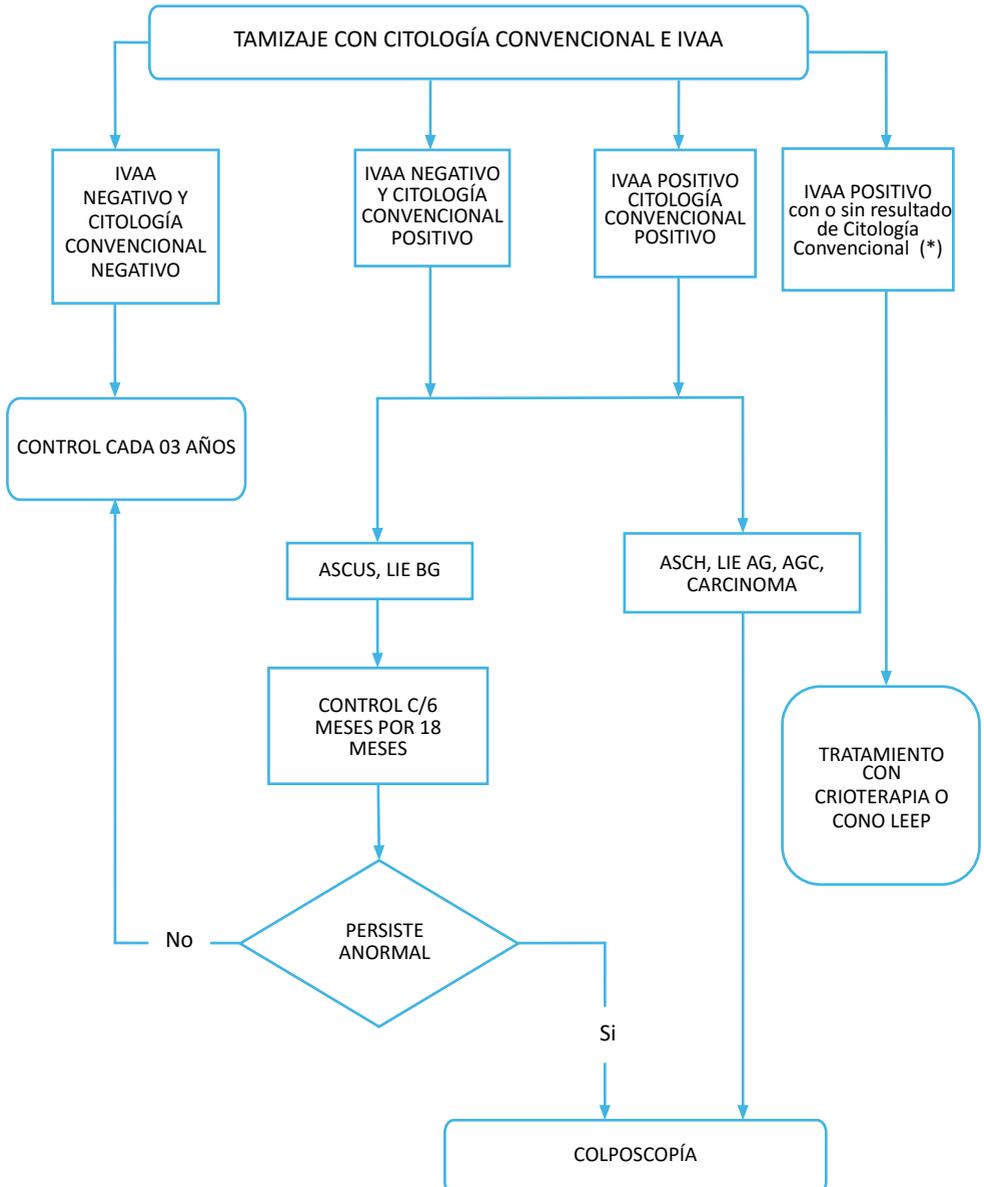
(*) Se realiza tratamiento con crioterapia o cono LEEP de acuerdo a capacidad resolutive de la IPRESS, diferimiento u oportunidad de atención.

**ANEXO N° 08A:
ALGORITMO DE MANEJO DE ACUERDO A RESULTADOS DE CITOLOGÍA CONVENCIONAL**



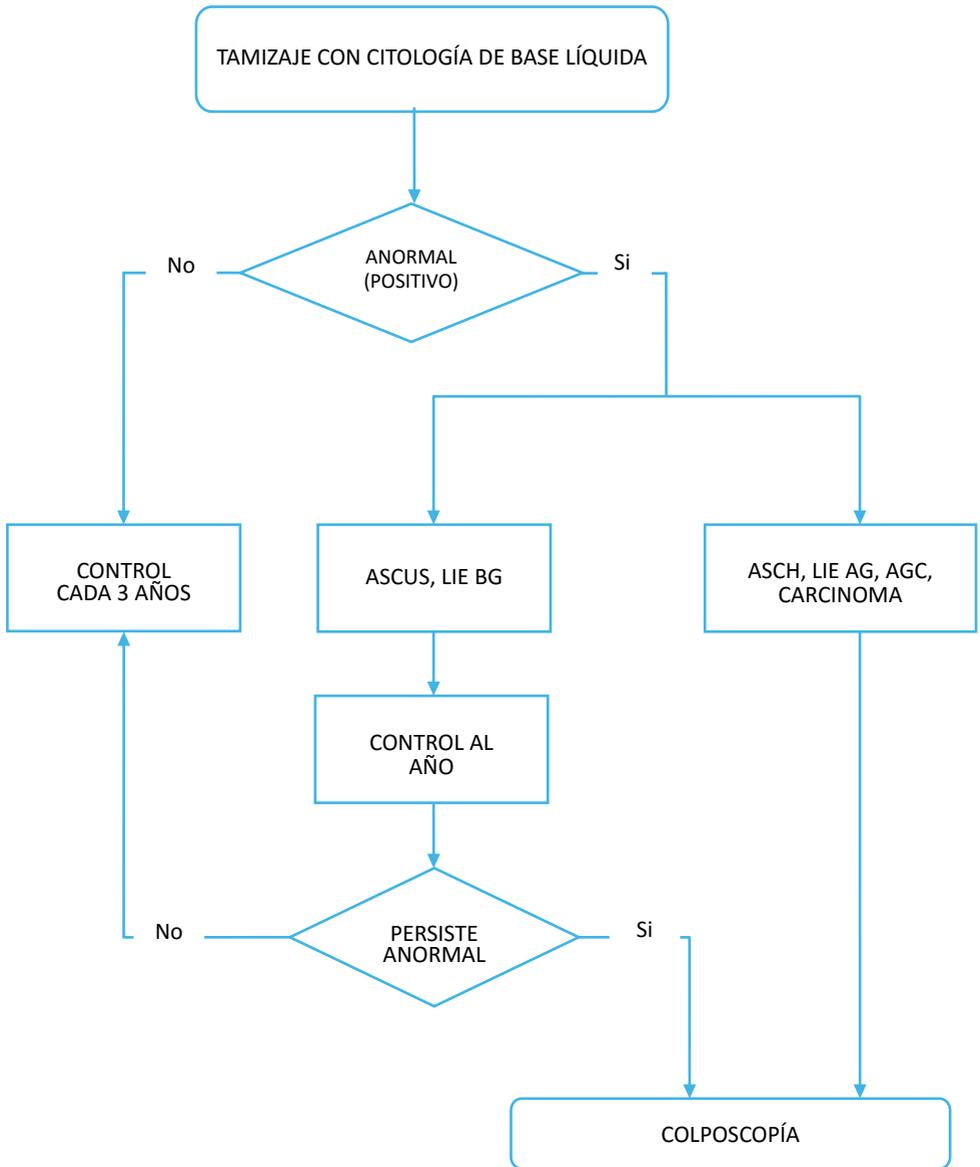
ANEXO N° 08B:

ALGORITMO DE MANEJO DE ACUERDO A RESULTADOS DE CITOLOGÍA CONVENCIONAL E INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO (IVAA)

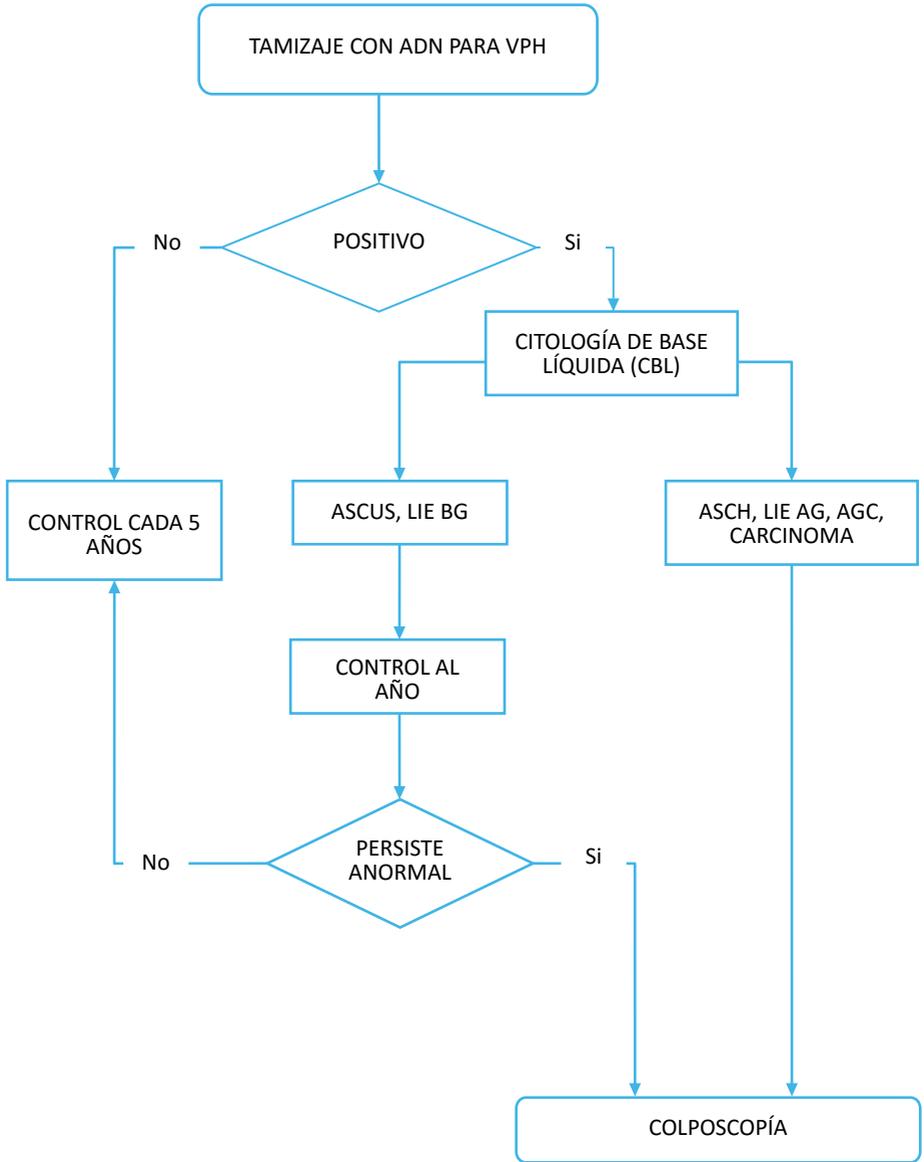


(*) Se realiza tratamiento con crioterapia o cono LEEP de acuerdo a capacidad resolutive de la IPRESS, diferimiento u oportunidad de atención.

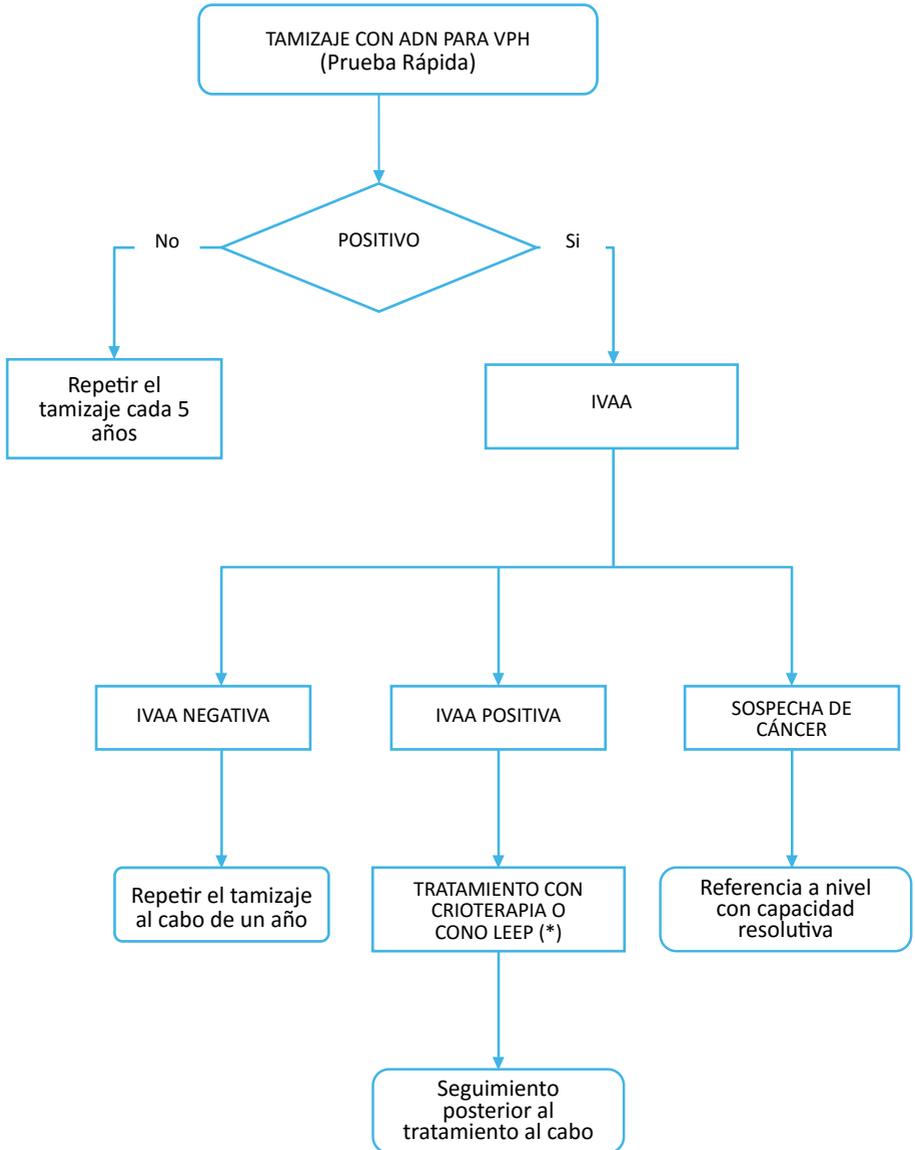
**ANEXO N° 08C:
ALGORITMO DE MANEJO DE ACUERDO A RESULTADOS DE CITOLOGIA EN
BASE LIQUIDA (CBL)**



ANEXO N° 8D:
ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ACUERDO A RESULTADO DE PRUEBAS DE TAMIZAJE TEST DE ADN PARA VPH



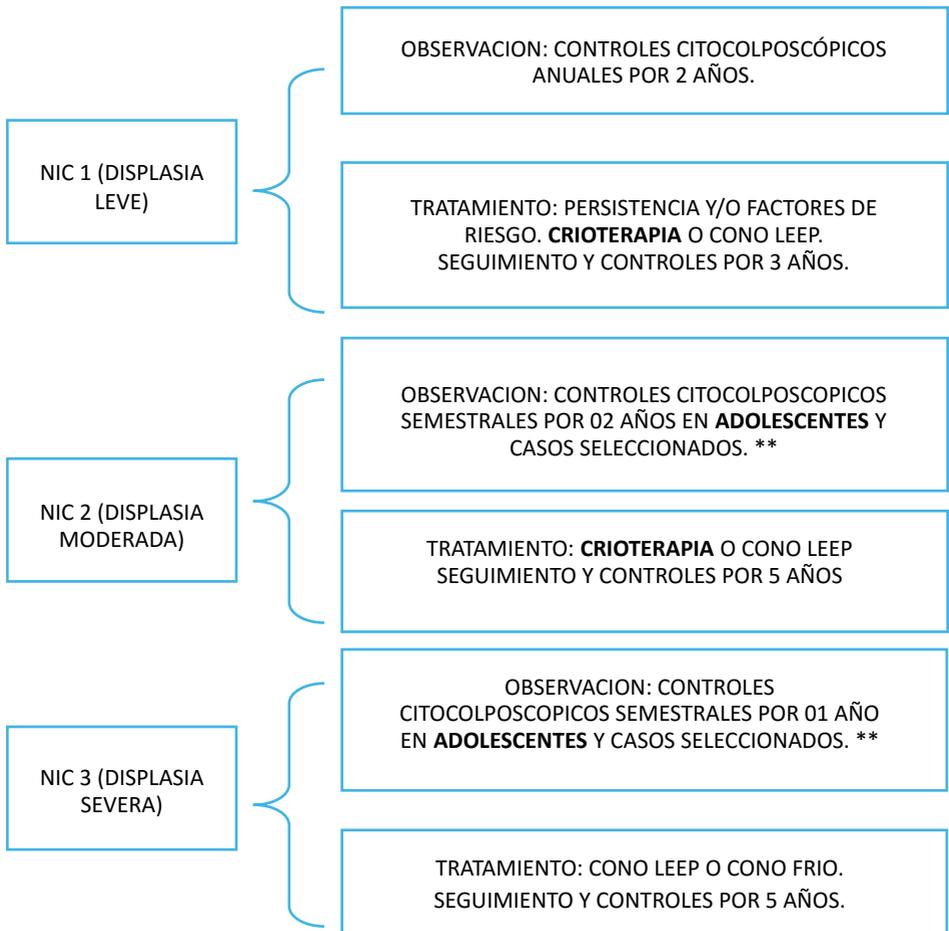
ANEXO N° 8E:
**ALGORITMO DE MANEJO DE ACUERDO A RESULTADO DE PRUEBAS DE
TAMIZAJE TEST DE ADN PARA VPH (Prueba Rápida) E IVAA (*)**



(*) Se realiza tratamiento con crioterapia o cono LEEP de acuerdo a capacidad resolutive de la IPRESS, diferimiento u oportunidad de atención.

ANEXO N° 09:
DIAGNÓSTICO, MANEJO Y SEGUIMIENTO DE NIC Y CÁNCER DE CUELLO UTERINO

SEGUNDO NIVEL: EVALUACIÓN DE RIESGOS Y CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA DE NIC (UNIDAD DE PATOLOGÍA CERVICAL Y COLPOSCOPIA)



**Casos seleccionados: Mujeres gestantes y jóvenes (<24 años) sin paridad satisfecha y que son de fácil seguimiento.

DIAGNÓSTICO, MANEJO Y SEGUIMIENTO DE NIC Y CÁNCER DE CUELLO UTERINO

TERCER NIVEL: CONSULTA Y EVALUACIÓN MULTIDISCIPLINARIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA (UNIDAD DE PATOLOGÍA CERVICAL Y COLPOSCOPIA)

NIC 2 (DISPLASIA MODERADA)

OBSERVACION: CONTROLES CITOCOLPOSCÓPICOS SEMESTRALES POR 02 AÑOS EN **ADOLESCENTES** Y CASOS SELECCIONADOS.**

TRATAMIENTO: CONO LEEP SEGUIMIENTO Y CONTROLES POR 5 AÑOS

NIC 3 (DISPLASIA SEVERA) O CARCINOMA IN SITU

OBSERVACION: CONTROLES CITOCOLPOSCÓPICOS SEMESTRALES POR 01 AÑO EN **ADOLESCENTES** Y CASOS SELECCIONADOS.**

TRATAMIENTO: CONO LEEP O CONO FRIO. SEGUIMIENTO Y CONTROLES POR 5 AÑOS.

CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN TODOS SUS ESTADIOS

TRATAMIENTO: ESTADIO IA-1BI Y IIA1: HISTERECTOMIA RADICAL TIPO 1, 2 Y 3. SEGUIMIENTO Y CONTROLES HASTA 10 AÑOS

TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA Y/O QUIMIOTERAPIA: ESTADIOS IIB-IVB. SEGUIMIENTO Y CONTROLES DE POR VIDA

**Casos seleccionados: Mujeres gestantes y jóvenes (<24 años) sin paridad satisfecha y que son de fácil seguimiento.

**ANEXO N° 10:
INFORME COLPOSCÓPICO**

Paciente: _____ DNI: _____ Telf: _____

Edad: _____ FUR: _____ G: _____ P: _____ N° Parejas: _____ 1ra RS: _____ Mac: _____

EVALUACIÓN GENERAL: Adecuada

Inadecuada: _____

Visibilidad de la unión escamo columnar:

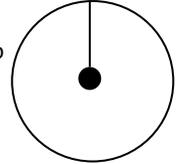
- Completamente visible Parcialmente visible No visible

Tipos de Zona de Transformación:

- Tipo 1 Tipo 2 Tipo 3

HALLAZGOS COLPOSCÓPICOS NORMALES

- | | | |
|---|---|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Epitelio escamoso original: | <input type="radio"/> Maduro | <input type="radio"/> Atrófico |
| <input type="radio"/> Epitelio columnar: | <input type="radio"/> Ectopía | |
| <input type="radio"/> Epitelio escamoso metaplásico | <input type="radio"/> Quistes de Naboth | |
| <input type="radio"/> Deciduosidad en el embarazo | <input type="radio"/> Aberturas glandulares y/o criptas glandulares | |



HALLAZGOS COLPOSCÓPICOS ANORMALES

Grado 1 (Menor)

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Epitelio acetoblanco delgado | <input type="radio"/> Mosaico fino |
| <input type="radio"/> Borde irregular | <input type="radio"/> Puntillado fino |

Grado 2 (Mayor)

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Epitelio Acetoblanco denso | <input type="radio"/> Mosaico grueso |
| <input type="radio"/> Aparición rápida epitelio Acetoblanco | <input type="radio"/> Puntillado grueso |
| <input type="radio"/> Mosaico grueso | <input type="radio"/> Bordes delimitados |
| <input type="radio"/> Puntillado grueso | <input type="radio"/> Signo del límite del borde interno |
| <input type="radio"/> Signo de cresta o sobre elevado | <input type="radio"/> Orificios glandulares bordes engrosados |

No específicos: Leucoplasia

Erosión

Solución de Lugol (Test de Schiller): Positivo

Negativo

SOSPECHA DE INVASIÓN

Vasos atípicos

Signos Adicionales

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Vasos delgados | <input type="radio"/> Necrosis |
| <input type="radio"/> Superficie irregular | <input type="radio"/> Ulceración (necrótica) |
| <input type="radio"/> Lesión exóftica | <input type="radio"/> Tumoración nodular |

HALLAZGOS VARIOS

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Zona de transformación congénita | <input type="radio"/> Condiloma |
| <input type="radio"/> Pólipo (Exocervical/Endocervical) | <input type="radio"/> Inflamación |
| <input type="radio"/> Estenosis | <input type="radio"/> Anomalía congénita |
| <input type="radio"/> Endometriosis | <input type="radio"/> Anomalía post tratamiento |

TIPOS DE TRATAMIENTO DE ESCISIÓN

Tipo escisión 1 2 3

CONCLUSIONES: _____

Fecha: _____

Examinado por

Dr.: _____

ANEXO N° 11:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLPOSCOPÍA Y BIOPSIA

N° Historia.....
N°Teléfono:.....
Doña:.....Edad:.....
DNI....., con domicilio en.....

Declaro que el (la) Doctor/a:

.....me ha explicado que es necesario/conveniente proceder, en mi situación, a realizar una colposcopia y biopsia de cuello uterino

1. Se trata de una intervención consistente en la extirpación de un fragmento de tejido, con fines diagnósticos y/o terapéuticos. En mi caso concreto la biopsia se hará de..... Complicaciones y/o riesgos y fracasos: Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por el estado de salud de cada paciente (diabetes, cardiopatías, hipertensión, anemia, obesidad, edad avanzada...etc.) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y otras potencialmente más importantes que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como, excepcionalmente, un porcentaje mínimo de mortalidad. Las complicaciones específicas de la biopsia más frecuentes son:

Hemorragia (inmediata o tardía), Infección, Quemaduras accidentales en caso de utilizar electrocirugía (tanto en el electrodo activo como quemaduras dístales), Excepcionalmente reacción vagal con lipotimia, Reacción alérgica al anestésico local. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada.

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

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

5. Anestesia: Lo habitual será utilizar anestesia local. En ciertos casos no es preciso 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. Anatomía Patológica: El tejido extirpado 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. Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice una Biopsia de.....
en.....

LUGAR Y FECHA:.....

Firma y sello: El/La Médico(a)

Firma y huella digital: La paciente

REVOCACIÓN

Yo, Doña:, de..... años de edad con domicilio en:

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

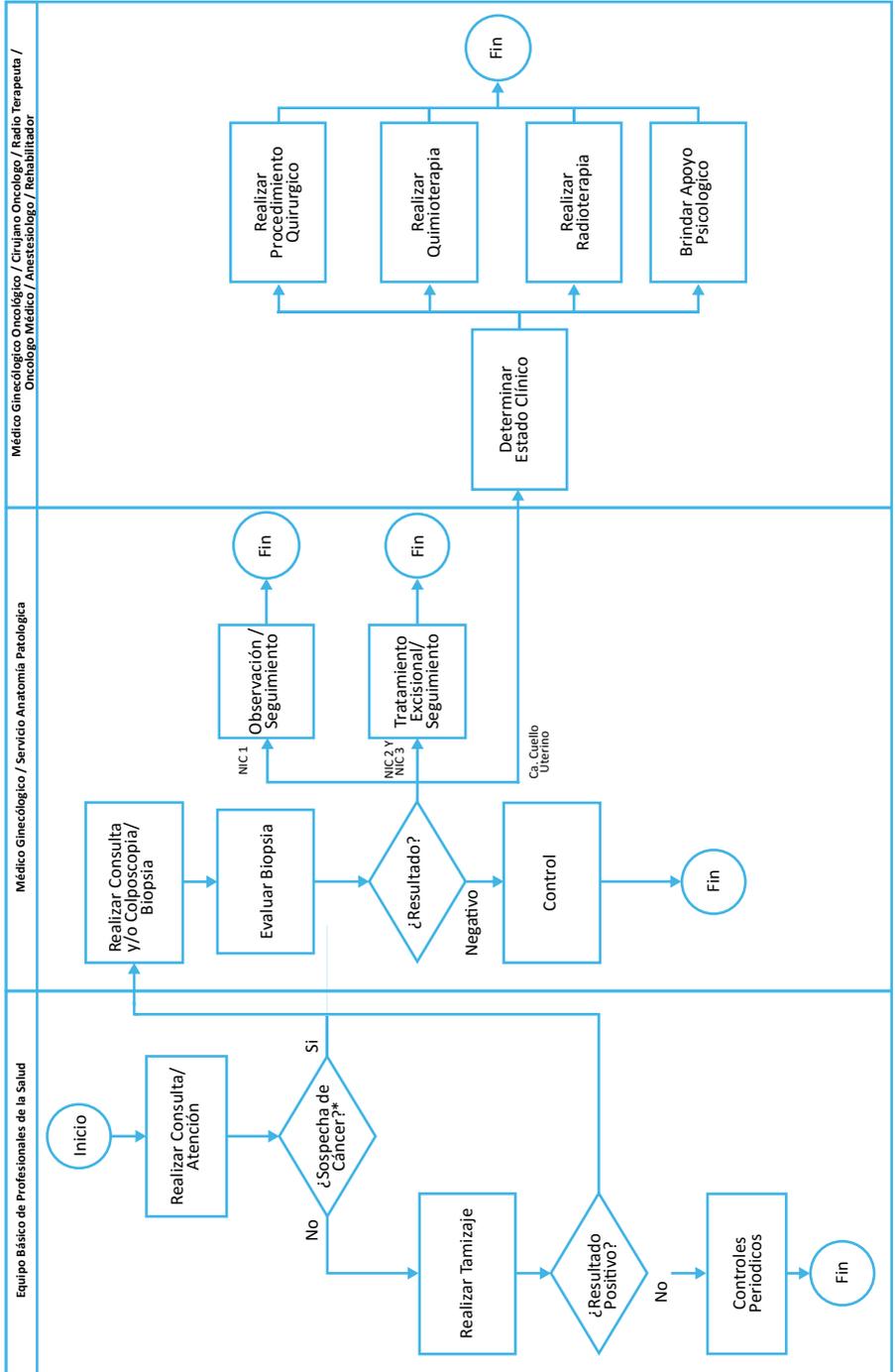
LUGAR Y FECHA:.....

Firma y sello: El/La Médico(a)

Firma y huella digital: La paciente

Firma: Representante Legal (si procede)

ANEXO N° 12: FLUJO DE MANEJO DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO



*Es sospecha de Cáncer si se evidencia un cuello anormal o se tiene diagnóstico anatomopatológico positivo con informe, lamina y frasco de parafina

**ANEXO N° 13:
INDICADORES**

DE LA COBERTURA TAMIZAJE		
INDICADOR	FORMULA	ESTANDAR
Cobertura de tamizaje de cáncer de cuello uterino	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres aseguradas de 21 a 65 años con resultado de citología cervical (PAP) x 100}}{\text{N}^\circ \text{ de mujeres aseguradas de 21 a 65 años}}$	70% (*) (*)El avance es progresivo de acuerdo a metas establecidas
CALIDAD DE LA CITOLOGÍA CERVICAL		
INDICADOR	FORMULA	ESTANDAR
Porcentaje de pacientes con tamizaje anormal (PAP positivo)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes de 21 a 65 años con citología cervical anormal (PAP positivo) x100}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes de 21 a 65 años con citología cervical de tamizaje}}$	3-5%
Porcentaje de muestras no satisfactorias	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de muestras no satisfactorias x100}}{\text{N}^\circ \text{ total de muestras}}$	No mayor del 1%.
Porcentaje de citología anormal revisadas por patólogos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de láminas con citología anormal revisadas por patólogos x100}}{\text{N}^\circ \text{ de láminas con citología anormal}}$	100%.
Porcentaje de citologías anormales (LIE AG) con correlación histológica	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de biopsias con NIC2-3 x 100}}{\text{N}^\circ \text{ citologías con resultado LIE AG}}$	> 80%
DE LA OPORTUNIDAD DE DIAGNOSTICO Y MANEJO		
INDICADOR	FORMULA	ESTANDAR
Tiempo de espera para la atención a paciente con citología anormal: LIE AG o carcinoma en el IPRESS con mayor capacidad resolutive.	Nº de días de espera para la atención a la paciente con resultados de citología anormal: LIE AG o carcinoma)	No mayor a 15 días
Porcentaje pacientes tratadas oportunamente	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes tratadas de NIC2-3 en menos de un mes x100}}{\text{N}^\circ \text{ Total de pacientes diagnosticadas con NIC2-3.}}$	>80%.

OBJETIVO: Brindar atención integral a los asegurados con los más altos estándares de calidad, en el marco de un fuerte compromiso del Estado con el bienestar de los asegurados, mejorar el trato a los asegurados, cambiar el modelo de atención por uno basado en la atención primaria y actuar sobre los determinantes sociales de la salud, con énfasis en los aspectos preventivo – promocionales, contando para ello con el apoyo técnico de la OPS/OMS.

(**) Fuente: OMS.