

REPUBLICA DEL PERU



Resolución Jefatural

Lima, 18 de ABRIL del 2008



VISTOS; la Carta Nº CMPCC Nº 037-2007 de la Dirección de Control del Cáncer del INEN y el Memorandum Nº 205-2008-OAJ-INEN de la Oficina de Asesoría Jurídica del INEN;



CONSIDERANDO:

Que, mediante Ley Nº 28748 se creó como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, con personería jurídica de derecho público interno con autonomía, entre otros, de carácter normativo, adscrito al Sector Salud;



Que, el Artículo 37-Aº del Reglamento de la Ley Nº 27657 - Ley del Ministerio de Salud, aprobado con Decreto Supremo Nº 013-2002-SA y sus modificatorias precisan que el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN tiene como misión proteger, promover, prevenir y garantizar la atención integral del paciente oncológico, dando prioridad a las personas de escasos recursos económicos; así como, controlar, técnica y administrativamente, a nivel nacional los servicios de salud de las enfermedades neoplásicas, y realizar las actividades de investigación y docencia propias del Instituto;



Que, el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del INEN aprobado con Decreto Supremo Nº 001-2007-SA, precisa en el Artículo 3º su autonomía normativa en el extremo de normar técnicamente la promoción, prevención, diagnóstico, manejo, rehabilitación y seguimiento del cáncer en el País, dentro del marco de las políticas sectoriales, refiriéndose éstas como "normas técnicas oncológicas"; ello en concordancia con lo establecido por el literal h) del Artículo 6º del ROF que precisa como función general del INEN el emitir las normas para establecer el control técnico de los servicios de salud oncológicos a nivel nacional;

Que, del mismo modo, el Artículo 24º del ROF precisa que la Dirección de Control del Cáncer es el órgano técnico-normativo encargado de planificar, proponer las normas y conducir, a nivel nacional, los procesos de promoción de la salud en el campo oncológico, de prevención de enfermedades neoplásicas, de epidemiología, de información para la salud, de investigación en oncología y de docencia y educación especializada en oncología; así como de conducir la formulación, sistematización y difusión de las normas técnicas oncológicas así como de los estándares de calidad de los servicios de salud oncológicos a nivel nacional, a los que controla técnicamente en cumplimiento a las normas vigentes;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 030-2007-MINSA se aprobó el “Plan Nacional para el Fortalecimiento de la Prevención y Control del Cáncer”, facultándose a la “Coalición Multisectorial Perú Contra el Cáncer” a ejecutar acciones para su implementación mediante Resolución Ministerial N° 152-2007-MINSA;

Que, en ese orden de ideas, mediante el documento de vistos se ha presentando para su aprobación la “Normas Técnico Oncológica para la Prevención, Detección y Manejo de la Lesiones Premalignas del Cuello Uterino a Nivel Nacional”, la misma que cuenta con el visto bueno de la Dirección de Control del Cáncer, de la Presidencia de la Coalición Multisectorial Perú Contra el Cáncer y la Oficina de Planeamiento y Presupuesto del INEN, por lo que es necesario oficializar la misma como una norma técnica oncológica de carácter referencial para su difusión y aplicación institucional en cumplimiento de las normas precitadas;

En uso de las atribuciones establecidas en el Artículo 9° del ROF del INEN en concordancia con lo establecido en el literal h) de su Artículo 6°;

Con la visación de la Dirección de Control del Cáncer, la Presidencia de la Coalición Perú contra el Cáncer, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, la Oficina de Asesoría Jurídica y la Secretaría General del INEN;

Con la opinión favorable de la Sub Jefatura institucional;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar la “Norma Técnico Oncológica para la Prevención, Detección y Manejo de la Lesiones Premalignas del Cuello Uterino a Nivel Nacional”, la misma que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO: Encargar la difusión de la presente Resolución a la Dirección de Control del Cáncer en el marco de la autonomía normativa del INEN conforme a su Ley de creación.

ARTÍCULO TERCERO: Encargar su publicación en el Portal Web Institucional a la Oficina Ejecutiva de Comunicaciones de la Secretaría General del INEN.

ARTÍCULO CUARTO: Déjese sin efecto las disposiciones que se opongan a la presente Resolución.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE




Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
Dr. Carlos Vallejos Sologuren
Jefe Institucional





**COALICIÓN MULTISECTORIAL
"PERÚ CONTRA EL CÁNCER"**



**OPD - INEN
DIRECCIÓN DE CONTROL DEL
CÁNCER**

PLAN NACIONAL PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER EN EL PERÚ

CONTROL DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

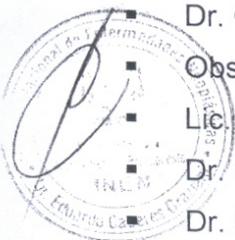
NORMA TÉCNICO ONCOLÓGICA PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y MANEJO DE LESIONES PREMALIGNAS DEL CUELLO UTERINO A NIVEL NACIONAL



2007

PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DE ESTA NORMA:

- Dr. Luis Pinillos Ashton, Presidente de la Coalición Multisectorial Perú Contra el Cáncer.
- Dr. Luis Távara Orozco, Coordinador de la Coalición Multisectorial Perú Contra el Cáncer.
- Dr. Carlos Vigil Rojas, Jefe Institucional del OPD INEN.
- Dr. Gustavo Sarria Bardales, Director de Control del Cáncer - INEN.
- Dr. Carlos Santos Ortíz, Coordinador de la Comisión de Cáncer de Cuello Uterino, Coalición Multisectorial Perú Contra el Cáncer.
- Obst. Zoila Almonacid, DISA V - Lima Ciudad.
- Dr. Félix Bautista García. Cirujano Oncólogo, Equipo de Apoyo Técnico de la Coalición Multisectorial Perú Contra el Cáncer.
- Dr. Raúl Bendezú Carrillo, INPPARES.
- Dr. Roberto Del Aguila Vásquez, OPS/OMS.
- Dra. Lucy Del Carpio Ancaya, Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, MINSA
- Dr. Hernán Estrada Salverredy, Central de Citología Comunitaria - INEN.
- Dr. Luis García Bernal. DISA V, Lima Ciudad. Hospital Arzobispo Loayza.
- Dra. Lucy Goicochea Vega, EsSalud.
- Dra. Giselle Hajar, Instituto Nacional de Salud.
- Dr. Valentín Jaimes Serkovic, EsSalud.
- Dr. José Jerónimo Guibovich, PATH.
- Dr. Juan Lavaggi, Fundación Peruana del Cáncer
- Lic. Abel Limache García. Equipo de Apoyo Técnico de la Coalición Multisectorial Perú Contra el Cáncer.
- Dr. Luis Miguel López, MINSA
- Obst. Luz Lugo Olivos, Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud, MINSA
- Dra. María Luz Miraval, Instituto Nacional de Salud.
- Dr. Ricardo Mier Cruz, Hospital Rosalía Lavalle de Morales Macedo
- Dr. Oscar Misad Saba, Central de Citología Comunitaria - INEN.
- Dr. Orlando Morales Quedena, Dirección de Control de Cáncer - INEN.
- Obst. María Beatriz Nizama, DISA II - Lima Sur.
- Lic. Nelly Peña Peña, DISA I - Callao.
- Dr. Carlos Pérez Ramos, Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer
- Dr. Ebert Poquioma Rojas, Departamento de Epidemiología, INEN.
- Enf. Mercedes Quesquén Puente, Departamento de Enfermería, INEN.
- Dra. Irma Ramos Chávez, PATH.
- Dr. Jorge Rubiños Del Pozo, Dirección de Control de Cáncer – INEN.





- Lic. Miguel Ruiz Ninapaytán, Equipo de Apoyo Técnico de la Coalición Multisectorial Perú Contra el Cáncer.
- Dr. John Sellors, PATH.
- Dra. Gabriela Siguío, EsSalud
- Dr. Gino Venegas Rodríguez, Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer.
- Dra. Jennifer Winkler. PATH

Asistente Técnico Administrativo:

- Srta. Fabiola Arroyo Barrios



CONTENIDO

	Página
Presentación	5
Introducción	6
Objetivos	8
Base legal	8
Ámbito	9
Población objetivo	9
Factores de riesgo	9
Componente administrativo	9
- Funciones de los niveles administrativos	9
- Sistema de referencia y contrarreferencia	10
- Actividades asistenciales por niveles de atención	10
- Control y seguimiento	10
- Sistema de información y registro	12
- Sistema de garantía de la calidad	12
Componente Técnico	13
- Promoción de la salud	13
- Prevención	16
- Detección	16
* Papanicolaou	17
* Sistema Bethesda	19
* Red de laboratorios de citología	20
* Inspección visual con ácido acético (IVAA)	20
- Resultados de los procedimientos de detección	21
- Detección y tratamiento (ver y tratar)	21
- Diagnóstico histopatológico y tratamiento	22
- Fluxograma de Manejo de las Lesiones Detectadas	24
- Sistema de evaluación: indicadores	26
- Glosario de términos	31
- Bibliografía consultada	34
Anexo N° 1A. Inspección visual con ácido acético (IVAA)	35
Anexo N° 1B. Formato de informe de IVAA	37
Anexo N° 2A. Formato de Consentimiento informado	38
Anexo N° 2B.1. Procedimiento para la resección electroquirúrgica	39
Anexo N° 2B.2. Procedimiento para la crioterapia	43
Anexo N° 2C. Recomendaciones técnicas para la resección electroquirúrgica	45
Anexo N° 2D. Complicaciones con el uso de unidades electroquirúrgicas	46
Anexo N° 2E. Instrucciones para pacientes	47
Anexo N° 3. Componentes de la estrategia comunicacional	48
Formatos de registros	49

PRESENTACIÓN

En el Marco del Plan Nacional para el Fortalecimiento de la Prevención y Control del Cáncer, aprobado por Resolución Ministerial en Enero del 2007, la Coalición Multisectorial "Perú Contra el Cáncer" y el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, se complacen en presentar la Norma Técnico Oncológica para la Prevención, Detección y Manejo de las Lesiones Premalignas del Cuello Uterino a Nivel Nacional. Este documento debe entenderse como el resultado de un esfuerzo participativo, compartido por los representantes de las diferentes instituciones integrantes de la Comisión de Cáncer de Cuello Uterino de la Coalición.

En los últimos años se han hecho importantes avances en el tratamiento del cáncer de cuello uterino; sin embargo la prevención y detección temprana son aún débiles, por ello es que el documento norma estas actividades a fin de poner al alcance de las mujeres peruanas los servicios de un manejo oportuno de lesiones premalignas, con el claro propósito de reducir la morbilidad y mortalidad por este cáncer.

La elaboración de esta Norma ha sido producto del diligente trabajo del Equipo de la Dirección de Control del Cáncer del INEN iniciado pocos años atrás y luego en estrecha relación con la Coalición Perú Contra el Cáncer, para lo cual han debido hacer acopio de información de la más reciente literatura disponible y documentación de las diferentes instituciones que componen la Coalición. Igualmente, dejamos constancia del desinteresado apoyo que hemos recibido permanentemente de la American Cancer Society y de PATH, para llevar a cabo este trabajo.

En la medida que el grupo de trabajo ha ido progresando en la elaboración del documento, han sido enviados diferentes borradores de trabajo a todos los integrantes de la Comisión de Cáncer de Cuello Uterino, con la finalidad de que tomen conocimiento de lo avanzado y puedan hacer llegar sus comentarios y sugerencias, las mismas que se han ido incorporando progresivamente. A medida que se han revisado los borradores de trabajo, se ha tenido el cuidado de celebrar diferentes reuniones plenarios con la mencionada Comisión, todas conducidas por el Presidente de la Coalición, durante las cuales se ha discutido los contenidos del documento y se han incorporado enmiendas.

Una vez completando el documento, se produjo su aprobación por el Pleno de la Coalición. La Norma, luego de una introducción, cuenta con secciones de: Base Legal, ámbito, componente administrativo, componente técnico, bibliografía, glosario de términos y anexos para darle un abordaje integral al tema de las lesiones premalignas, a través de promoción de la salud, prevención, técnicas de detección y manejo temprano a nivel local y en los centros de referencia.

Estamos seguros que los aportes efectuados en esta Norma, permitirán finalmente que sean entregados para uso de los proveedores a nivel de todos los servicios de salud, los que al apropiarse de sus contenidos, vean facilitado su trabajo para evitar los estadios avanzados del cáncer de cuello uterino. La responsabilidad de su aplicación deberá corresponder a todas las instituciones públicas, privadas y de la comunidad en general, por que ninguna de ellas podrá llevar a cabo aisladamente la totalidad de las intervenciones.

Dr. Luis Pinillos Ashton
Presidente de la Coalición
Perú Contra el Cáncer

Dr. Carlos Vigil Rojas
Jefe Institucional del
OPD INEN

Lima, Noviembre 2007

INTRODUCCIÓN

Al inicio del siglo XXI, el cáncer de cuello uterino ocupa el segundo lugar en incidencia en el mundo, siendo el más frecuente en las mujeres de países en desarrollo; las tasas más altas se han encontrado en el África Sub Sahariana, Asia del Sur, el Caribe y América Latina. Para el año 2000 se calculó que habría 470,606 casos nuevos reportados y 233,372 defunciones entre todas las mujeres del mundo; además se calculó que más del 80% de esta carga se presentaría en los países menos desarrollados, donde esta enfermedad es la principal neoplasia maligna entre mujeres. En la región de América Latina y el Caribe se pronosticaron 92,136 casos y 37,640 defunciones, con incidencias muy altas como la de Haití con 93 casos nuevos por 100,000, Bolivia con 59 casos nuevos por 100,000 y Ecuador 44 por 100,000 habitantes. En el Perú la incidencia se calcula en 40 por 100,000¹, ocupando el primer lugar a nivel nacional con una tasa de mortalidad de 15.8/100.000 habitantes.

Históricamente el cáncer de cuello uterino ha sido el modelo de prevención primaria y secundaria con una alta probabilidad de diagnóstico temprano mediante un examen citológico ideado por Papanicolaou el año 1940. En el año 1974 Zur Hausen identificó el ADN del PVH en cáncer de cuello uterino, iniciándose una serie de estudios que buscaban establecer la relación entre ambos. La asociación quedó establecida a finales de los '80. Continuaron los estudios y para finales de los '90 se encontró que más del 95% de cáncer de cuello uterino está asociado a PVH hasta que en el último decenio hemos observado el desarrollo de las vacunas contra este virus, cuyos resultados iniciales son muy esperanzadores. Todo esto ha hecho que el enfoque del cáncer de cuello uterino haya cambiado de dirección y hoy sabemos que es una enfermedad de transmisión sexual, con factores de riesgo relacionados a la salud sexual, como las relaciones sexuales a temprana edad, comportamiento sexual inadecuado, promiscuidad, higiene inadecuada, multiparidad, niveles socioeconómico y de educación bajos, uso prolongado de anticonceptivos orales, tabaquismo; por lo que es importante precisar que gran parte de la prevención consiste en educar sobre estos aspectos en los ámbitos escolares.

La historia natural de este cáncer evidencia que se trata de un largo proceso, que toma de 10 a 15 años para llegar a ser invasor, y por tanto los Programas de Detección del Cáncer Cérvico-uterino bien organizados pueden disminuir notablemente la incidencia y la mortalidad de la enfermedad en un país. Es factible una disminución del 60% por lo menos en la incidencia y la mortalidad de este cáncer a partir de los datos de base.

Para manejar adecuadamente nuestros recursos en la prevención de cáncer de cuello uterino se deberá focalizar dichos esfuerzos en la población de mayor riesgo, para así lograr una cobertura suficiente de esta población. La adecuada cobertura es un factor de gran impacto en el objetivo final que es disminuir la mortalidad por cáncer de cérvix.

La Coalición Multisectorial Perú Contra el Cáncer, en el marco del Plan Nacional para el Fortalecimiento de la Prevención y Control del Cáncer en el Perú, siguiendo los lineamientos presentados por el OPD INEN de acuerdo a ley, y con el apoyo de personas e instituciones vinculadas al manejo de esta patología han realizado la revisión de este documento para efecto de establecer los procedimientos y consideraciones relacionadas a las actividades de Promoción de la Salud, Prevención, Detección Precoz y Tratamiento de las lesiones premalignas, de manera tal, que se pueda responder con criterios de calidad, oportunidad e integralidad a las demandas, cada vez mayores, de las usuarias y de los/as prestadores/as (personal y establecimientos).

En ese sentido, la presente Norma busca dar pautas para estandarizar la atención de las usuarias por parte del personal en los establecimientos de salud, más aún, si se tiene en cuenta el nuevo marco legal (Ley General de Salud) vigente en el país, que revalora a los/as usuarios/as de los servicios de salud y los/as considera como eje de las prestaciones de salud.

¹ Fuente : Ferlay et al: Globocan 2000, IARC

OBJETIVOS

A. Objetivo general: Establecer las normas y estandarizar las actividades técnico-administrativas para la prevención del cáncer de cuello uterino, destinadas a reducir la morbimortalidad por cáncer de cuello uterino en el país en los próximos diez años.

B. Objetivos específicos:

1. Normar la prevención del cáncer de cuello uterino a nivel nacional.
2. Estandarizar los procedimientos técnico - administrativos para la prevención del cáncer de cuello uterino a nivel nacional.
3. Fortalecer los mecanismos de promoción de la salud para garantizar que se involucren tanto la usuaria como los prestadores en la prevención del cáncer de cuello uterino.
4. Fortalecer los mecanismos de monitoreo, supervisión, evaluación y control de los procedimientos técnicos y administrativos para la prevención del cáncer de cuello uterino.
5. Facilitar el manejo de las lesiones premalignas por el personal de salud involucrado.
6. Facilitar las referencias de pacientes con lesiones neoplásicas.

BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud, Julio 1997.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Lineamientos de Política Sectorial para el período 2002 - 2012.
- R.M. N° 1950-2002-SA/DM, que crea las Unidades Oncológicas en Hospitales Generales y Nacionales del Ministerio de Salud.
- R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de ROF para Hospitales del MINSA y que incluye la creación del Departamento de Oncología en hospitales de mediana y alta complejidad.
- R.M. N° 729-2003 SA/DM, 20 junio 2003 que aprueba "La Salud Integral: Compromiso de todos - El Modelo de Atención Integral de Salud".
- D.S. N° 01-2003-SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud.
- RM N° 751-2004/MINSA que aprueba la Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en los establecimientos del Ministerio de Salud.
- RM N° 769-2004/MINSA mediante la que se aprueba la Norma Técnica Categorías de Establecimientos del Sector Salud. DGSP-DESS (N° 021-MINSA/DGSP.V01).
- R.M. N° 111-2005 que aprueba los Lineamientos de Promoción de la Salud.
- R.M. 1213-2006-MINSA, que establece el funcionamiento de Departamentos/ Servicios de Oncología/Unidades Oncológicas dedicados al Manejo Integral de las lesiones pre-neoplásicas y del cáncer en los establecimientos de Salud.
- Ley N° 28748, por la cual se crea como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, con personería jurídica de derecho público interno, autonomía económica, financiera, administrativa y normativa, adscrito al Sector Salud.
- D.S. N° 001-2007-SA, mediante el cual se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del OPD INEN.
- R.M. N° 030-2007/MINSA que oficializa el "Plan Nacional para el Fortalecimiento de la Prevención y Control del Cáncer en el Perú" y reconoce el rol que tiene la Coalición a nivel nacional.
- RM. N° 152-2007/MINSA que faculta a la Coalición Multisectorial Perú Contra el Cáncer ejecutar acciones de desarrollo, evaluación y monitoreo para la implementación del Plan Nacional para el Fortalecimiento de la Prevención y Control del Cáncer en el Perú

ÁMBITO

El presente documento tiene carácter de Norma para las actividades de prevención del cáncer del cuello uterino desarrolladas en la zona urbana, urbano marginal y rural del país. El cumplimiento de las disposiciones aquí descritas es obligatorio para las Direcciones Regionales de Salud, Direcciones de Salud, Hospitales, Redes, Microrredes y establecimientos de salud del Ministerio de Salud en el ámbito nacional, así como para ESSALUD, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, instituciones privadas y Organizaciones no Gubernamentales (ONGs).

POBLACIÓN OBJETIVO

Las acciones de Promoción de la Salud y Prevención Primaria, a través de la estrategia de información, educación y comunicación, participación comunitaria y desarrollo de ambientes saludables, estarán dirigidas a la población en general.

Las actividades de detección, diagnóstico y tratamiento estarán dirigidas a mujeres que han tenido relaciones coitales, con mayor énfasis en el grupo de edad entre 30 a 49 años y en aquellas mujeres con uno o más factores de riesgo, listados en el siguiente párrafo.

FACTORES DE RIESGO

- Infección por Papiloma Virus Humano.
- Inicio de relaciones coitales a edad temprana (antes de los 18 años).
- Múltiples compañeros sexuales.
- Pareja promiscua.
- Cervicitis crónica.
- Infección por HIV y otras infecciones de transmisión sexual.
- Tabaquismo.
- Bajo nivel socio económico: pobreza y extrema pobreza que condiciona que muchas mujeres no se han realizado la toma del Papanicolaou (PAP) o la inspección visual con ácido acético (IVAA).

COMPONENTE ADMINISTRATIVO

A. Funciones de los niveles administrativos

1. Nivel Central:

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, como institución responsable del manejo administrativo, técnico y normativo del cáncer en el Perú, en coordinación con la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud y con los demás integrantes del sector salud, tiene a su cargo la difusión, coordinación, supervisión, monitoreo y evaluación de la aplicación de la presente Norma, así como su revisión periódica.

2. Nivel Regional:

Las Direcciones de Salud / Direcciones Regionales de Salud / Los Institutos Regionales de Enfermedades Neoplásicas, serán responsables de la implementación y/o adaptación local de la presente Norma, teniendo en cuenta su realidad socio-cultural y en estricta coordinación con los Departamentos, Servicios, Unidades Oncológicas y centros acreditados para el manejo de displasias de Cuello Uterino. Serán también responsables de la supervisión, monitoreo y evaluación de la aplicación de la presente Norma en su área de influencia.

3. Nivel Local:

Las Direcciones de Redes / Microrredes y de establecimientos de salud son las responsables de implementar y brindar los servicios de promoción de la salud y prevención del cáncer de cuello uterino aplicando las presentes normas técnicas y administrativas, evaluar la calidad de los mismos, así como liderar las iniciativas locales y coordinar con los proveedores de servicios de salud la atención de las necesidades de salud emanadas de la comunidad.

El personal asistencial de todos los establecimientos de salud, de acuerdo a su perfil y competencia, es el responsable de la ejecución de las actividades contempladas en esta Norma.

B. Sistema de Referencia y Contra referencia:

El sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, se constituye en una herramienta fundamental para el correcto desempeño de este plan y se sustenta en la organización de una red de servicios por niveles de atención.

Se cumplirán las siguientes normas:

B1. Los establecimientos de salud del primer nivel de atención son los responsables de la referencia de los casos probables (Pap y/o IVAA positivo, o sospecha de cáncer) al Hospital o Centro Asistencial acreditado donde serán atendidos. Se espera que más adelante se pueda desarrollar el test de tamizaje a través de la identificación del VPH.

B.1.1. En caso que el resultado del Pap y/o IVAA sea positivo o sospecha de cáncer, la usuaria será enviada del establecimiento de salud con el formato de referencia, en el cual se especifica el día de la semana, el médico tratante y el consultorio del Hospital de referencia o Centro Asistencial acreditado donde será atendida. La usuaria recibirá información de los procedimientos de tratamiento con los que cuenta el Hospital o Centro Asistencial acreditado. Es responsabilidad de la Dirección de Salud/Regional de Salud establecer que el Hospital o Centro Asistencial acreditado organice, programe y difunda la atención de las usuarias referidas desde los establecimientos del primer nivel de atención por lo menos un día fijo a la semana. La fecha de cita no debe exceder a un tiempo mayor de 15 días.

B.1.2. Cuando el resultado del Pap y/o la IVAA sea positivo/a y la usuaria no acuda a recoger el resultado en la fecha programada, el personal del establecimiento realizará visita domiciliaria, entregando el formato de referencia en el cual se especifica el día de la semana, el médico tratante y el consultorio del Hospital o Centro Asistencial acreditado donde será atendida. La usuaria recibirá información de los procedimientos de tratamiento con los que cuenta el centro referencial. El establecimiento de primer nivel de atención informará mensualmente al Hospital o Centro Asistencial acreditado la relación de usuarias referidas.

B2. Los centros referenciales son responsables, en los siguientes 30 días de la contrarreferencia de los casos evaluados y/o tratados, enviándose el diagnóstico definitivo, los procedimientos realizados y las pautas de seguimiento para ser aplicados en el establecimiento de origen.

El centro referencial informará en el breve plazo al centro de procedencia de las usuarias referidas que no acudieron, para su ubicación y notificación.

B3. El centro referencial derivará las usuarias a las Unidades Oncológicas de Hospital II, o a establecimientos de salud Nivel III, en caso de sospecha de cáncer invasor o de diagnóstico complejo, como por ejemplo una colposcopia insatisfactoria, disociación citohistológica igual o mayor de dos grados y otras.

ACTIVIDADES ASISTENCIALES POR NIVELES DE ATENCIÓN

NIVEL DE ATENCIÓN	ESTABLECIMIENTO	ACTIVIDAD
I	Puesto de Salud Centro de Salud	a. Toma de muestra Pap. b. Inspección visual con ácido acético.
	Centro de Salud Acreditado (*)	Las anteriores, más a. Colposcopia. b. Biopsia dirigida. c. Resección electro-quirúrgica de zona de transformación. d. Otros procedimientos terapéuticos validados por el INEN, lo que incluye crioterapia.
II	Hospital I Hospital II	Las anteriores actividades, más a. Colposcopia. b. Biopsia dirigida. c. Resección electro-quirúrgica de zona de transformación. d. Cono frío. e. Histerectomía ampliada a vagina. f. Otros procedimientos terapéuticos acordes a su nivel de resolución.
III	Hospital II con Unidad Oncológica. Hospital III con Unidad Oncológica ó Servicio de Ginecología Oncológica O Dpto. de Oncología. Instituto Especializado	Adicionalmente a las actividades de un Hospital nivel II: a. Tratamiento quirúrgico radical. b. Otros procedimientos terapéuticos acordes a su nivel de resolución. a. Tratamiento oncológico especializado multidisciplinario (cirugía oncológica, quimioterapia, radioterapia y otras). b. Manejo de casos de diagnóstico complejo.

* Centro de Salud de ubicación estratégica que cuenta con médicos y personal entrenado y certificado por el INEN para el Manejo de las lesiones pre-neoplásicas de Cuello Uterino

C. Control y seguimiento

Nivel I:

- Mujeres con Pap y/o IVAA negativo: Control cada tres años. En las mujeres con factores de riesgo la toma de Papanicolaou puede ser anual.
- Las mujeres que hayan sido vacunadas contra el Papiloma Virus Humano, deben tener controles cada tres años con Pap y/o IVAA.
- Mujeres con informe citológico de **Muestra insatisfactoria**: Notificar y/o citar para un nuevo Pap, en un período no mayor a 6 semanas.

- Todo resultado positivo en la fase de detección (Pap o IVAA), debe ser confirmado con estudio histológico (Biopsia) en el Centro de Salud Acreditado, lo cual debe ser registrado oportunamente en los formatos establecidos para los Puestos y Centros de Salud. Se espera que el resultado de la histología debe consignarse a más tardar en dos semanas.
- Mujeres con lesión histológica de bajo grado diagnosticada por un Centro de Salud Acreditado:
 - Control cada 6 meses por 1 año.
 - Si la lesión se negativiza (luego de dos Pap ó IVAA) pasa a control cada tres años.
 - Si la lesión persiste o progresa (Pap positivo en el control) debe ser referida.
- Mujeres que han recibido tratamiento quirúrgico (electrocirugía o criocirugía) en Centro de Salud Acreditado:
 - Control Pap anual por dos años y posteriormente cada tres años.
 - Considerar las indicaciones de la contrarreferencia.
 - Si el Pap resulta positivo, la paciente debe ser referida al centro donde recibió tratamiento en un período no mayor de 15 días.

Nivel II:

- Establece las indicaciones de control y seguimiento individualizado, que deberá anotarse necesariamente en las hojas de contrarreferencia.
- Mujeres que han recibido tratamiento quirúrgico:
 - Antes de realizar la contrarreferencia deberán ser controladas en el establecimiento durante un período prudencial de acuerdo al tipo de intervención quirúrgica realizada. El médico responsable del procedimiento indicará el alta del establecimiento.
- Seguimiento de las pacientes contra referidas del Nivel III.

Nivel III:

- Establece las indicaciones de control y seguimiento individualizado, que deberá anotarse necesariamente en las hojas de contrarreferencia para el Nivel II.
- Mujeres que han recibido tratamiento quirúrgico:
 - Antes de realizar la contrarreferencia deberán ser controladas en el establecimiento durante un período prudencial de acuerdo al tipo de intervención quirúrgica realizada. El médico responsable del procedimiento indicará el alta del establecimiento.

D. Sistema de Información y Registro

El Sistema debe proveer de información válida, confiable y oportuna para la toma de decisiones. En cada nivel se implementará un adecuado registro y un óptimo flujo de la información, de tal manera que permita llevar los registros, el seguimiento, el monitoreo y el impacto de la intervención.

Flujo de información según niveles de atención:

FORMATO	FRECUENCIA	NIVEL DE USO
• Empadronamiento de la población objetivo (Formato N° 1).	ANUAL	Comunidad a Establecimiento I nivel
• Informe total de actividades: muestras tomadas, muestras procesadas, sospecha clínica de cáncer, resultado IVAA, IEC, Visita Domiciliaria (Formato N° 3)	MENSUAL	Establecimiento → Red → DISA/DIRESA → Nivel Central
• Informe de casos evaluados y tratados (Formato Nros.2 y 4)	MENSUAL	Centro Referencial → Establecimiento que generó la referencia
	TRIMESTRAL	Centro Referencial → DISA/DIRESA → Nivel Central
• Informe de casos propios y referidos para evaluación y tratamiento. (4)	SEMESTRAL	Establecimientos Nivel III → Nivel Central

- Los establecimientos del I Nivel de atención realizarán el empadronamiento de la población objetivo (mujeres entre 30 y 49 años de edad) utilizando el **Formato N° 1**.
- Los establecimientos de salud enviarán mensualmente a la Red el informe de actividades realizadas según los formatos establecidos para cada una de ellas, la Red en forma consolidada a la Dirección de Salud / Dirección Regional de Salud y ésta en forma consolidada al Nivel Central (INEN). **Formato N° 3**.
- El Centro Referencial informará trimestralmente a la Dirección de Salud / Dirección Regional de Salud las Pacientes evaluadas y tratadas y ésta en forma consolidada al Nivel Central (INEN). Mensualmente realizará la retroalimentación a los establecimientos que generaron la referencia. **Formato N° 4**.
- El Nivel de atención III informará semestralmente al Nivel Central los casos propios y referidos para evaluación y/o tratamiento.

E. Sistema de Garantía de la Calidad

Con la finalidad de garantizar la calidad de los procesos relativos a la prevención del cáncer de cuello uterino, se realizarán sistemáticamente evaluaciones de dichos procesos. La metodología utilizada para evaluar dichos procesos será inicialmente la supervisión para pasar luego a un sistema de auditoria interna cuya orientación dependerá del objeto de evaluación.

La Dirección General de Salud de las Personas a través de la Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud será la encargada de implementar el Sistema de Garantía de la Calidad en los procesos utilizados para la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento del Cáncer de Cuello Uterino, con apoyo técnico y participación del INEN y del Instituto Nacional de Salud, el que a su vez es responsable de la supervisión y evaluación de la Red Nacional de Citología.

COMPONENTE TÉCNICO

A. Promoción de la salud:

Objetivo:

Generar estilos de vida saludables en la mujer, su familia y la comunidad, que contribuyan a la disminución de la incidencia del cáncer de cuello uterino.

Organización:

El INEN y la Dirección General de Promoción de la Salud del MINSA coordinarán con las Direcciones Ejecutivas de los niveles regionales, a fin de ejecutar las acciones promocionales establecidas en esta Guía.

Las Direcciones Ejecutivas de Promoción de la Salud contarán con equipos que podrán ser conformados por personal de salud y agentes comunitarios para las acciones educativas y de participación comunitaria.

A1. Estrategia de implementación

Las acciones a implementar deberán de considerar, además, las descritas en la Guía de Promoción de la Salud orientada a la Prevención y Control del Cáncer en el Perú, preparada por la Coalición Multisectorial "Perú Contra el Cáncer" y publicada en Febrero del 2007. Las instituciones responsables deberán elaborar un síllabus en donde se detallen las actividades a llevara a cabo.

A.1.1. IEC

- Información:* se realizará a través de material impreso (folletos, trípticos, afiches, paneles, rotafolios instructivos y otros), además de utilizar la radio y televisión local para difundir la información.

Educación para la Salud: aplicando la metodología de Educación para adultos y otras que resulten de estudios locales para adaptar los mensajes y materiales a la realidad y características propias. Cabe mencionar que, en coordinación con las instancias correspondientes del Ministerio de Educación, Ministerio de la Mujer, organizaciones de base, Municipalidades, se deberán realizar actividades en los centros educativos y en la población, dirigidas a la adopción de estilos de vida saludables.

Esta estrategia estará dirigida a la población en general, principalmente a la mujer, su pareja y adolescentes. Deberá incluir la participación de instituciones educativas públicas y privadas de nivel primario y secundario en coordinación con el MINEDU, coordinando también con facultades y/o escuelas profesionales de salud a nivel local y/o regional, para la difusión de información, sensibilización y educación. Además, deberá fomentar la participación de líderes comunales y personajes públicos para la sensibilización de la población.

Los mensajes educativos deben desarrollar principalmente aspectos de educación sexual, como la edad de inicio de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales, uso de preservativos.

Temas del Paquete de promoción de la salud:

- Autoestima y asertividad.
- Conociendo mi cuerpo.
- Estilos de vida saludables.
- Conducta sexual segura.
- Prevención y detección temprana del cáncer de cuello uterino.
- Comunidad y ambientes saludables.

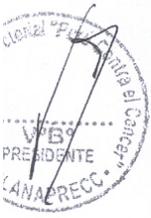
Comunicación: Elaborar un *Plan de Comunicación*, considerando previamente estudios cualitativos (grupos focales) según escenarios sanitarios (adecuación a las características sociales, demográficas, culturales y recursos locales). Así mismo la *capacitación del personal de salud* en técnicas y metodología para una buena intervención comunicacional.

A.1.2. Participación Comunitaria

A nivel local, los establecimientos de salud deberán identificar las autoridades locales, organizaciones de base, organizaciones de la sociedad civil y otras organizaciones que desarrollen trabajos relacionados, con los que se realizarán acciones coordinadas desde el diseño y planificación hasta la evaluación de las actividades.

Se establece esta estrategia para brindar un soporte social a las mujeres y su entorno, a través de la creación de redes sociales que impulsen las actividades de IEC.

Para aumentar la participación en las pruebas de tamizaje se deben utilizar métodos de comunicación acordes con la localidad y la región y las estrategias de prestación de servicios deben focalizar su atención en mujeres con edad en riesgo, menor nivel de instrucción y con menos posibilidad de acceso a los servicios de salud.



B. Prevención:

Objetivo: Disminuir o eliminar los factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de cuello uterino en la comunidad.

Organización: El INEN y la Dirección General de Salud de las Personas son los entes responsables de la aplicación de la presente Guía y coordinarán con las Direcciones ejecutivas de los niveles regionales.

Las Direcciones Ejecutivas de Salud de las Personas de los Niveles Regionales contarán con equipos que podrán ser conformados por personal de salud y agentes comunitarios que utilizarán las estrategias de IEC y participación comunitaria.

B1. Estrategias de implementación:

B.1.1. Orientación y Consejería:

Esta actividad es un proceso de comunicación y educación interpersonal desarrollado por los proveedores de salud, que reforzada con otras formas de comunicación (folletos, afiches, cartillas, etc.) resulta ser muy efectiva.

Toda mujer o pareja, del grupo de riesgo, deberá recibir orientación y consejería, con la finalidad de que intervengan responsablemente sobre los determinantes de su salud.

Se deberá desarrollar estas actividades de manera organizada, con herramientas adecuadas, con mensajes claros y con los materiales de apoyo indispensables adaptándolas a las circunstancias y características personales. Además, la argumentación es básica en los medios escritos y la persuasión lo es para la relación interpersonal, donde el papel central lo ocupa el tono y clima emocional.

Como parte del Plan IEC, la orientación y consejería debe considerar los conocimientos con que cuenta la mujer, su experiencia con los servicios de salud, creencias, entre otros factores importantes para este tema.

La Consejería deberá comprender los siguientes pasos:

1. Establecer una relación cordial.
2. Identificar necesidades de salud de la usuaria.
3. Responder a las necesidades de la usuaria.
4. Verificar la comprensión de la usuaria.
5. Mantener la relación cordial.

Las Estrategias de IEC y Participación Comunitaria en el ámbito de la Prevención de Cáncer de Cuello Uterino se aplicarán siguiendo las bases conceptuales referidas anteriormente y dirigidas a promover el acceso de la población a los servicios de salud. Para esto, en las mujeres de alto riesgo, considerar la visita domiciliaria realizada por algún profesional de salud, además de las actividades educativas a la comunidad en su conjunto.

C. Detección:

Esta actividad debe ser realizada en todos los establecimientos de salud, y dirigida a:

- a. Toda mujer de 30 a 49 años que haya tenido relaciones cóitales tendrá detección periódica cuyo intervalo no deberá ser mayor de tres años.
- b. En mujeres menores de 30 años y mayores de 49 años la detección será a criterio del profesional de la salud.

- c. Las mujeres que han recibido vacuna contra el Papiloma Virus Humano, también tendrá detección periódica de acuerdo a su edad.

El proceso de detección deberá ser activo (búsqueda) y no solo oportunista (a la demanda). Significa que el personal de los establecimientos de salud, considerando los padrones de mujeres de su jurisdicción, realizará la búsqueda activa de ellas mediante visitas domiciliarias, envío de comunicaciones, campañas periódicas de salud u otras estrategias para efecto de garantizar la adecuada cobertura de los programas de tamizaje. Así mismo el personal asistencial garantizará que este servicio se brinde a las mujeres participantes de los programas sociales desarrollados en su ámbito (programas alimentarios, apoyo económico/productivo y otros).

C1. Procedimiento de Detección:

C.1.1. Papanicolaou: Se cumplirán los siguientes procedimientos:

C.1.1.1. Toma de la muestra

El profesional de la salud debidamente entrenado que toma la muestra de PAPANICOLAOU deberá registrar, previo al procedimiento, los datos personales de cada mujer en el formato del registro general de solicitud y resultados de citologías. **Formato N° 2.** Antes de tomar el Pap el profesional deberá hacer la observación directa del cuello uterino para identificar cualquier lesión macroscópica.

C.1.1.2. 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.

Condiciones previas para la toma de Pap. De preferencia se buscará que la mujer:

1. No tenga menstruación,
2. No tenga flujo abundante o inflamación severa,
3. No haya tenido una histerectomía total.

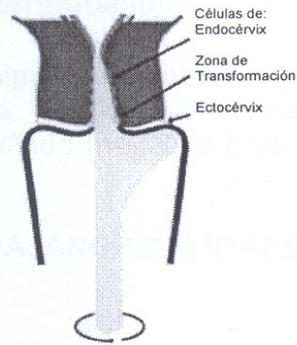
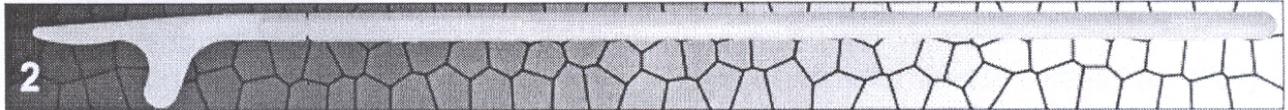
Nota: Si la mujer presenta sangrado anormal y persistente debe tener evaluación urgente por el médico de la Red.

C.1.1.3. Técnica:

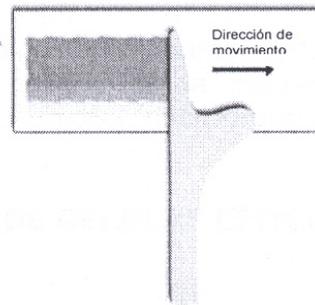
- Usaria informada del procedimiento a realizar, preparada y en posición para examen ginecológico.
- No realizar tacto vaginal previo a la toma de la muestra.
- Introducir el espéculo vaginal; de ser necesario usar, como lubricante, agua o suero fisiológico hasta visualizar el cuello uterino.
La toma adecuada exige la observación directa del cuello uterino y obtener muestras simultáneas de exocérvix y endocérvix, mediante el uso de cito-espátula de Ayre ó de Szalay.
- 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.
- En las gestantes, el PAP se hará como parte de la atención prenatal. Está contraindicada la toma de muestra de endocérvix con citocepillo u otro elemento (para el exocérvix utilizar cito-espátula de Ayre).
- En las mujeres mayores de 45 años de edad ó post-menopáusicas, donde la zona de transformación migra hacia el canal endocervical, es necesario obtener muestra del endocérvix, mediante la cito-espátula de Szalay ó citocepillo rotándolo en 360°.

- En caso necesario, cuando la limitación de recursos lo exija, se podrá tomar la muestra de endocérnix con hisopo de algodón introduciéndolo hasta 1.5 cm de profundidad, rotándolo en 360° por una sola vez.

Toma de Muestra de Exocérnix: espátula, citocepillo e hisopo)



Rotar 360°
SZALAY-CYTOESPATULA
longitud total: 220 mm



- Células de endocérnix.
- Células de la zona de transformación.
- Células del ectocérnix.

C.1.1.4. Extendido de la muestra:

- El extendido se realizará lo más rápido posible, en la cara opuesta al Papel de identificación de la lámina.
- El extendido en la lámina deberá ser lo más uniforme y delgado posible, evitando grumos.
- La muestra de exocérnix se extiende longitudinalmente en una mitad de la lámina.
- La muestra de endocérnix se extiende longitudinalmente en la otra mitad de la lámina.

C.1.1.5. Fijación de la muestra:

1. Sumergir inmediata y completamente la lámina con el Papel de identificación en el fijador (alcohol etílico de 70° ó 96°, contenido en un recipiente abierto, de boca ancha y cercano al operador).
2. El tiempo de fijación mínimo 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, plástico ó cartón hasta el momento en que es enviada al laboratorio.

Otras consideraciones:

- El recambio del fijador será diario.
- Como fijador se usará alcohol etílico no menor de 70°.
- El envío de la lámina al laboratorio de citología se hará en un tiempo no mayor de una semana.
- Para la protección del personal de salud y de las pacientes, 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.

Errores que deben evitarse:

- Identificación inadecuada de la lámina.
- Uso de lapicero o esparadrapo para la identificación de la lámina.
- Utilización de láminas sucias.
- Exposición prolongada de la lámina al ambiente antes de la fijación.
- Insuficiente tiempo de fijación o uso de alcohol etílico no menor de 70°.
- Extendido hemorrágico.
- Extendido grueso con distribución irregular de la muestra.
- Rotación incompleta de la espátula sobre la zona de transformación (menos de 360°).
- Cobertura insuficiente de una zona de transformación extensa.

C.1.1.6. Lectura e interpretación

- De encontrarse alguna anormalidad citológica, la nomenclatura a utilizar será la del Sistema Bethesda. La lectura incluye: calidad de la muestra, clasificación general, interpretación/resultado (negativo para malignidad, microorganismos –especificar- , otros –especificar- .

SISTEMA BETHESDA. ANORMALIDADES DE CÉLULAS EPITELIALES:

Células escamosas

1. Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS: siglas en inglés).
2. Células escamosas atípicas, no se descarta lesión de alto grado (ASC-H)
3. Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Bajo Grado (LEIB), incluye:
 - Presencia de Papiloma Virus Humano (PVH).
 - Displasia Leve.
4. Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Alto Grado (LEIA), incluye:
 - Displasia Moderada.
 - Displasia Severa.
 - Carcinoma in situ.
5. Carcinoma de células escamosas.

Células glandulares

- a. Anomalías de células glandulares de significado indeterminado (AGUS: siglas en inglés)

Nomenclatura de la Citología Cervical

Sistema Papanicolaou	Richard	Bethesda
Normal		
Displasia leve		
Displasia moderada	NIC I	Lesión intraepitelial de bajo grado, PVH
Displasia severa	NIC II	Lesión intraepitelial de alto grado
Carcinoma in situ	NIC III	Lesión intraepitelial de alto grado
Carcinoma invasor	NIC III	Lesión intraepitelial de alto grado

Lesión intraepitelial de bajo grado (LIEB): PVH, NIC I sin PVH, NIC I con PVH.
Lesión intraepitelial de alto grado (LIEA): NIC II, NIC III, Carcinoma in situ.

Muestra insatisfactoria

Indica que es inadecuada para la detección de anomalías epiteliales cervicales, por lo que se tiene que tomar una nueva muestra de citología cervical en un periodo no mayor de 6 semanas.

RED DE LABORATORIOS DE CITOLOGÍA

La Organización de la Red de Laboratorios para el Control del Cáncer de Cuello Uterino en todo el territorio nacional es función del Instituto Nacional de Salud (INS), quien deberá establecer la normatividad correspondiente. Una de las actividades importantes de esta Red es el Control de Calidad de los procesos de coloración y lectura de las láminas, siendo responsabilidad del INS su adecuada implementación.

El funcionamiento de los laboratorios es responsabilidad de las Direcciones de Salud/ Direcciones Regionales de Salud. El INEN deberá fortalecer los Laboratorios de Citología con la formación de recursos humanos en la Escuela de Citología.

C.1.2. Inspección visual con ácido acético (IVAA):

Este es un procedimiento alternativo al Papanicolaou, que será realizado en los establecimientos de salud de primer nivel de atención, de difícil acceso o donde no se cuente con un apoyo efectivo de la Red de Laboratorios de Citología y que cuenten con profesionales (médico, obstetrix, enfermera) que hayan sido capacitados y certificados en esta técnica. Los establecimientos de salud de mayor nivel deben también conocer la IVAA.

Los establecimientos de primer nivel que realicen este procedimiento deberán contar con personal adecuadamente entrenado y certificado en el uso de la técnica por el INEN u Hospital de III nivel.

La IVAA consiste en la observación del cuello uterino luego de haber aplicado ácido acético del 3 al 5% (*) por un minuto. La aparición de epitelio blanco (acetoblanco) es indicativo de probable lesión intraepitelial. Las instrucciones del procedimiento se detallan en el Anexo N° 1A.

Esta prueba puede ser aplicada a toda mujer hasta los 49 años de edad que ha tenido relaciones coitales, inclusive durante el embarazo, en el control post-parto o post aborto. En mujeres de 50 años o más no es aconsejable utilizar este procedimiento (debido a la retracción de la unión escamocolumnar), debiendo usarse en ellas el Papanicolaou con muestra del canal endocervical.

(*) En los casos que no se encuentre disponible el ácido acético, se recurrirá al uso de vinagre blanco comercial, el cual deberá ser adquirido por la DISA o DIRESA teniendo en cuenta que sea de marcas reconocidas y se encuentren en adecuado estado de conservación.

C.1.3. Se espera que el **Tamizaje mediante la identificación del VPH** se pueda desarrollar más adelante.

C.1.4. Resultados de los procedimientos de detección:

- **Conducta a seguir en mujeres con resultado de Papanicolaou positivo informado como ASCUS, Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Bajo Grado (LEIB), Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Alto Grado (LEIA), Carcinoma de células escamosas y AGUS:** El personal asistencial del establecimiento garantizará que la paciente deba tener evaluación médica por lo que deberá revisar la sección B, correspondiente al Sistema de Referencia y Contrarreferencia y la sección C correspondiente al Control y seguimiento del componente administrativo, en donde se especifica claramente las formas de proceder en cada uno de los niveles de complejidad.
- **Conducta a seguir en PAP positivo y gestación:** Evaluación colposcópica y biopsia dirigida en caso necesario. No debe realizarse curetaje endocervical.
- **Conducta a seguir en IVAA positivo:** Las usuarias que presenten lesiones acetoblanas en la IVAA deben ser referidas a los Establecimientos de Salud Acreditados para tal fin (Centro de Salud, Hospital I y Hospital II) de la Dirección Regional de Salud correspondiente. Los establecimientos de salud acreditados deberán contar con una unidad de electro-cirugía (colposcopio, sistema de aspiración de humo y equipo electro quirúrgico) y el personal médico capacitado en esta técnica, podrán tratar las lesiones bien localizadas, sin sospecha de invasión, previa firma del consentimiento informado por la paciente. Antes del procedimiento, se tomará biopsia dirigida de la lesión. La conducta a seguir post-tratamiento dependerá del resultado del estudio anatómo patológico. Los Hospitales Referenciales mantendrán supervisión permanente de estos establecimientos. Las usuarias que presenten lesiones acetoblanas extensas, sospecha de cáncer invasor o diagnósticos complejos se le derivará a los establecimientos Nivel II acreditados. Los casos que requieran cirugía radical serán derivados a los Hospitales II con Unidades Oncológicas o al Nivel III.

C.1.5. Detección y Tratamiento (Ver y Tratar):

Esta actividad se realizará en establecimientos de salud acreditados en las técnicas de IVAA, crioterapia y electro-cirugía.

Selección de pacientes: El examinador debe haber identificado en la IVAA la presencia de lesión acetoblanca bien localizada en la zona de transformación, compatible con lesión intraepitelial de alto grado.

Electro cirugía: El personal médico asume la responsabilidad del tratamiento, debiendo descartar la presencia de las siguientes *contraindicaciones*:

- Sospecha de cáncer invasor.
- Gestación.
- Lesión mayor del 75% del área ectocervical o extensión a fondo de saco o pared vaginal.
- Cervicitis severa.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Anomalías anatómicas.
- Hipersensibilidad a la xilocaina.

Pasos a seguir:

- Se explicará el procedimiento a la paciente y se le hará firmar el formato de consentimiento informado. **Anexo N° 2A.**
- Para la realización del procedimiento de electro-cirugía, se seguirán las instrucciones del **Anexo N° 2B.1**

Crioterapia: El personal médico asume la responsabilidad del tratamiento, debiendo descartar la presencia de las siguientes *contraindicaciones*:

- Sospecha de cáncer invasor.
- Gestación.
- Lesión mayor del 75% del área ectocervical o extensión a fondo de saco o pared vaginal.
- Cervicitis severa.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Anomalías anatómicas.

Pasos a seguir:

- Se explicará el procedimiento a la usuaria y se le hará firmar el formato de consentimiento informado. **Anexo N° 2A.**
- Para la realización del procedimiento de crioterapia, se seguirán las instrucciones del **Anexo N° 2B.2**

D. Diagnóstico histopatológico y Tratamiento:

Diagnóstico histopatológico: Se utilizará la terminología NIC.

Indicaciones de Cono diagnóstico:

- Colposcopia insatisfactoria.
- Disociación cito - histológica (por ejemplo: si el Pap es LIE de alto grado y la biopsia muestra displasia leve).
- Curetaje ó cepillado endocervical positivo.
- Biopsia de micro invasión.
- Sospecha de cáncer invasor.
- Exposición inadecuada del cervix.

Tratamiento:

Si existe lesión histológica compatible con NIC, se pueden adoptar las siguientes modalidades según la procedencia de la biopsia:

A. Si la biopsia procede de **Resección de la zona de transformación y endocervix con asa electro quirúrgica:**

- a) Se considera el procedimiento suficiente o exitoso si el resultado del estudio anátomo-patológico del tejido resecado informa que los bordes de sección están libres de lesión.
- b) Se considera el procedimiento insuficiente si se informa que los bordes de sección están comprometidos.

La conducta a seguir en los casos con bordes comprometidos será de acuerdo al resultado del estudio histológico:

NIC I y NIC II: Seguimiento PAP/IVAA/COLPOSCOPIA cada 6 meses por 2 años.

NIC III: - Si la mujer tiene expectativa de fertilidad y cuello residual adecuado para el procedimiento: **Re-Cono- LEEP**

- Si la mujer no tiene expectativa de fertilidad o cuello residual muy pequeño: **Histerectomía ampliada a vagina.**

B. Si el resultado Histológico procede de Biopsia dirigida (IVAA/ Colposcopia)

NIC I: Seguimiento PAP/IVAA/COLPOSCOPIA cada 6 meses por 1 año y luego cada tres años.

NIC I persistente: . Electro cirugía.
. Criocirugía.

NIC II y NIC III:

- Si la mujer tiene expectativa de fertilidad: Cono o electro cirugía.
- Si la mujer no tiene expectativa de fertilidad, si la lesión es muy extensa o existencia de serias dificultades para un seguimiento adecuado: Histerectomía ampliada a vagina.
- Si la mujer no tiene expectativa de fertilidad, tiene una lesión poco extensa (no más de 75% de extensión en el ectocervix) y es apta para seguimiento, debe tener: Cono o electrocirugía

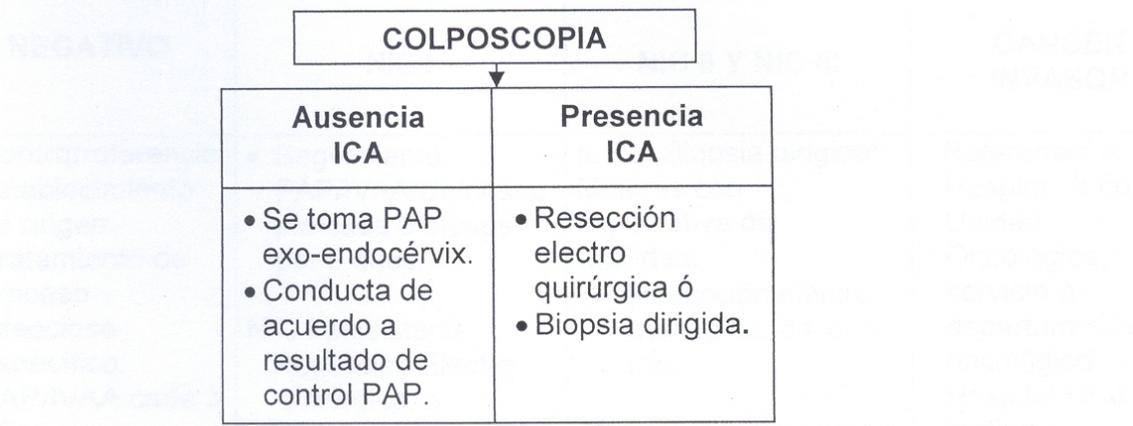
Los procedimientos quirúrgicos serán realizados de acuerdo con el manual de normas y procedimientos estandarizados a nivel nacional.

NIC y gestación. En las gestantes portadoras de NIC:

- Se realizará evaluación PAP/IVAA/COLPOSCOPIA en cada trimestre de gestación.
- Solo en caso de biopsia positiva para micro invasión o sospecha de invasión se realizará como diagnóstico, de preferencia en el segundo o tercer trimestre.
- Están contraindicados procedimientos terapéuticos locales durante la gestación. Todo procedimiento terapéutico será diferido hasta seis semanas después del parto.

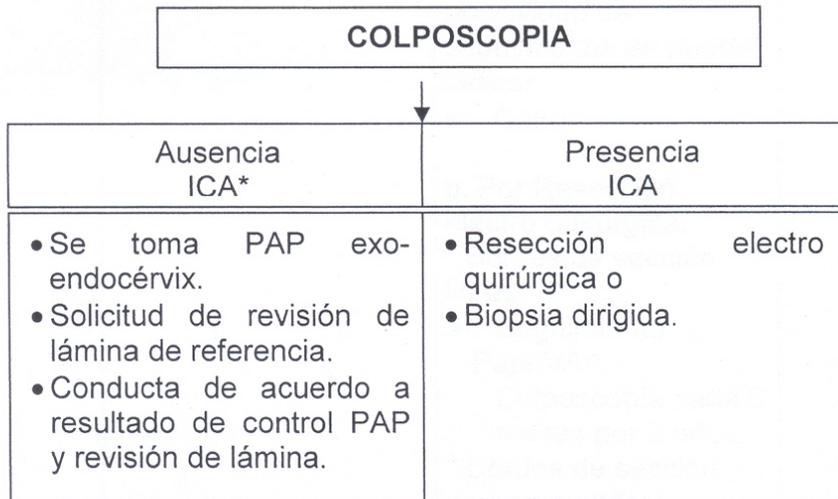
En los casos de hallazgo citológico de células glandulares anormales, el paso a seguir es la biopsia del canal endocervical

**FLUXOGRAMA
MANEJO DE LESIONES DETECTADAS POR IVAA POSITIVA**



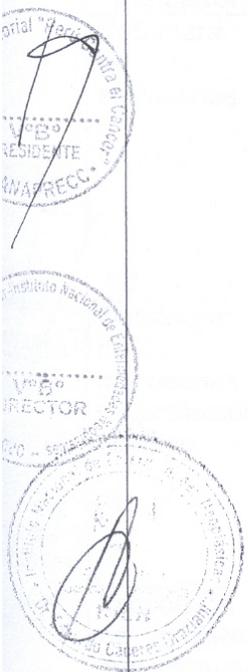
* ICA = imagen colposcópica atípica.

**FLUXOGRAMA
MANEJO DE LESIONES DETECTADAS POR CITOLOGIA ANORMAL**



**MANEJO DE LESIONES SEGÚN
INFORME HISTOLÓGICO**

NEGATIVO	NIC I	NIC II Y NIC III	CÁNCER INVASOR
<p>1. Contrarreferencia establecimiento de origen.</p> <p>2. Tratamiento de proceso infeccioso específico.</p> <p>3. PAP/IVAA cada 3 años.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento PAP/IVAA/Colposcopia cada 6 meses por 2 años. <p>NIC I persistente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resección Electro quirúrgica, ó • Criocirugía 	<p>a. Por Biopsia dirigida: Mujeres con expectativa de fertilidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resección electro quirúrgica, o Cono frío. <p><i>Mujeres sin expectativa de Fertilidad y Lesión extensa o Imposibilidad de seguimiento.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Histerectomía ampliada a vagina. <p><i>Mujeres sin expectativa de fertilidad, lesión poco extensa y son posibilidad de seguimiento, se puede indicar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cono <p>b. Por Resección electro quirúrgica.</p> <p>* Bordes de sección libres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento Pap/IVAA Colposcopia cada 6 meses por 2 años. <p>* Bordes de sección comprometidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Mujeres con expectativa de fertilidad y con cuello residual adecuado para el procedimiento: Recono-LEEP</i> - <i>Mujeres sin expectativa de Fertilidad o cuello residual pequeño: Histerectomía ampliada a vagina.</i> 	<p>Referencia a Hospital II con Unidad Oncológica, servicio ó departamento oncológico Hospital Nivel III, Instituto</p>



SISTEMA DE EVALUACIÓN: INDICADORES DE PROCESOS, RESULTADOS E IMPACTO

El Nivel Central evaluará a cada Dirección de Salud / Dirección Regional de Salud a través de los indicadores que se definen en la presente Guía. La evaluación pondrá énfasis en los indicadores de proceso y de resultado. La construcción de los indicadores de proceso se realizará en base a los datos proporcionados por el sistema de información. Los indicadores de impacto relacionados con la incidencia y mortalidad del cáncer cérvico uterino ocurridos en cada jurisdicción, serán proporcionados por las estadísticas de mortalidad y el Registro de Cáncer.

1. Indicadores de Proceso

Promoción:

Nombre del indicador	Finalidad	Numerador / Denominador	Meta	Fuente de verificación	Periodo de evaluación
Cobertura de actividades	Evaluar el número de beneficiarias con paquete completo (sesiones educativas) de promoción	N° beneficiarias con el paquete de promoción x 100/ N° total de población programada	40% de lo programado el 1er año y <u> aumentar 10% en los siguientes años.</u>	HIS, Registro de actividades	Semestral Anual
Cobertura de actividades en población objetivo	Evaluar el número de beneficiarias con paquete completo de promoción en población objetivo	N° mujeres de 13 a 17 años con el paquete de promoción x 100/ N° total de mujeres de 13 a 17 años.	40% de lo programado el 1er año y <u> aumentar 10% en los siguientes años.</u>	HIS, Registro de actividades	Semestral Anual
Proporción de mujeres con paquete de promoción tamizadas por primera vez en población de 30 a 49 años	Evaluar la eficacia del paquete de promoción en población de 30 a 49 años.	N° mujeres de 30 a 49 años con el paquete de promoción tamizadas por primera vez x 100/ N° total de mujeres de 30 a 49 años que recibieron el paquete de promoción	40% de mujeres con paquete de promoción tamizadas por primera vez.	Formato de registro 2- 3	Semestral Anual

Detección:

Nombre del indicador	Finalidad	Numerador / Denominador	Meta	Fuente de verificación	Periodo de evaluación
Cobertura de detección	Evaluar la cobertura de las actividades de la detección en la población objetivo programada	N° de mujeres de la población objetivo programada con PAP y /o IVAA x 100 / Población objetivo programada	80% de la población objetivo programada	Formato de registro 2-3	Trimestral Anual
Cobertura de la detección en población objetivo por primera vez	Evaluar la cobertura de las actividades de la detección en la población objetivo por primera vez	N° de mujeres de la población objetivo programada con PAP y /o IVAA por primera vez x 100 / Población objetivo programada	30% de la población objetivo programada	Formato de registro 2-3	Trimestral Anual
Porcentaje de la población fuera de la población objetivo tamizada	Evaluar la eficiencia en el uso de los recursos	N° de mujeres fuera de la población objetivo que son tamizadas x 100 / total de mujeres tamizadas	Menor al 20%	Formato de registro 2-3	Semestral anual
Porcentaje de láminas de Pap respondidas oportunamente	Evaluar la oportunidad con que se responde la lectura del Pap	N° de láminas contestadas a más tardar en 15 días después de recibir-las X 100 láminas / total de láminas enviadas	Más de 80%	Registros de Pap	Trimestral
Porcentaje de concordancia de la IVAA positiva con la histología	Evaluar la eficacia de la IVAA como prueba de tamizaje	N° de resultados histológicos concordantes con la IVAA positiva X 100 biopsias / total de biopsias en los casos de IVAA positivo	Más de 80%	Registros de reportes histológicos en casos de IVAA positiva	Anual

Diagnóstico:

Nombre del indicador	Finalidad	Numerador / Denominador	Meta	Fuente de verificación	Periodo de evaluación
% de mujeres con PAP y/o IVAA positivo con estudio histopatológico	Evaluar la eficacia del Programa para el diagnóstico definitivo.	N° de mujeres con PAP y/o IVAA positivo con estudio histopatológico / N° de mujeres con PAP y/o IVAA positivo	100 %.	Libro de Registro de Establecimientos de Referencias.	Trimestral y Anual

Tratamiento:

Nombre del indicador	Finalidad	Numerador / Denominador	Meta	Fuente de verificación	Periodo de evaluación
% de mujeres con diagnóstico histopatológico NIC I persistente tratadas	Evaluar la eficacia del Programa para el tratamiento definitivo	N° de mujeres con diagnóstico Histopatológico NIC I persistente, tratadas x 100/ N° de mujeres con diagnóstico histopatológico NIC I persistente.	100%	Libro de Registro de Establecimientos Referenciales	Semestral y Anual
% de mujeres con diagnóstico histopatológico NIC II-III, tratadas	Evaluar la eficacia del Programa para el tratamiento definitivo	N° de mujeres con diagnóstico Histopatológico NIC II-III, tratadas x 100/ N° de mujeres con diagnóstico histopatológico NIC II-III	100 %	Libro de Registro de Establecimientos Referenciales.	Semestral y Anual

Seguimiento: *de Impacto*

Nombre del indicador	Finalidad	Numerador / Denominador	Meta	Fuente de verificación	Periodo de evaluación
% de mujeres con diagnóstico Histológico NIC I controladas.	Evaluar la eficacia del seguimiento	N° de mujeres con diagnóstico Histológico NIC I controladas x 100 / N° de mujeres con diagnóstico. Histológico NIC I	100%.	Libro de Registro	Anual
% de mujeres con diagnóstico Histológico NIC II - III controladas post tratamiento.	Evaluar la eficacia del seguimiento	N° de mujeres con diagnóstico Histológico NIC II - III controladas post tratamiento x 100 / N° de mujeres con diagnóstico Histológico NIC II - III tratadas	100%.	Libro de Registro	Semestral Anual

2. Indicadores de Resultado

Nombre del indicador	Finalidad	Numerador / Denominador	Meta	Fuente de verificación	Periodo de evaluación
Porcentaje de Mujeres con PAP y/o IVAA positivo en la población tamizada	Evaluar la eficacia del proceso de detección.	N° mujeres con PAP y/o IVAA positivo x 100 / población tamizada	1.5 a 6 % por PAP 10 a 15 % con IVAA	Libro de Registro/ formato 2-3	Anual
Porcentaje de mujeres con NIC I, II y III en la población tamizada.	Evaluar la eficacia del proceso de detección y diagnóstico.	N° mujeres con NIC I, II y III x 100 / población tamizada	3%.	Libro de Registro / formato 2-3	Anual

3. Indicadores de Impacto

Nombre del indicador	Finalidad	Numerador / Denominador	Meta	Fuente de verificación	Periodo de evaluación
Tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino en población femenina.	Evaluar la efectividad de las actividades de detección, diagnóstico y tratamiento	N° de casos nuevos por año de Cáncer de Cuello Uterino x 100,000/ la población femenina	Disminuir al 50% en 10 años	Registro de Cáncer poblacional HIS	Tri-Anual
Tasa de Mortalidad por cáncer de cuello uterino en población femenina.	Evaluar la efectividad de las actividades de detección, diagnóstico y tratamiento	N° de pacientes fallecidos por año por Cáncer de Cuello Uterino x 100,000 / población femenina	Disminuir al 50% en 10 años	Registro de Cáncer poblacional Registro de Mortalidad	Tri-Anual

LABORATORIO: Indicadores

- Porcentaje de láminas positivas y sospechosas revisadas por patólogo: Revisión del 100%, evaluación mensual.
- Porcentaje de láminas negativas revisadas por cito tecnólogo: Revisión del 100% (revisión rápida), evaluación mensual.
- Porcentaje de Láminas negativas revisadas por el patólogo: revisión del 10% mensual.
- Porcentaje de láminas negativas revisadas por segundo cito tecnólogo: Revisión del 40%, evaluación mensual.
- Tiempo de remisión del informe citológico: 15 días como máximo, desde que llega la lámina al laboratorio, evaluación trimestral.
- Tiempo de remisión de la lámina a laboratorio: 07 días como máximo, evaluación trimestral.
- Porcentaje de muestras insatisfactorias: No mayor del 10%, evaluación trimestral.
- Porcentaje de Pap positivo: no menor del 1.5% (luego de una evaluación integral: cito tecnólogos y médicos patólogos), evaluación trimestral.
- Porcentaje de ASCUS del total de citologías: no mayor del 10%, evaluación trimestral.
- Razón de láminas leídas x cito tecnólogo: No menor de 10,000 ni mayor de 12,000, evaluación anual.
- Porcentaje de concordancia de PAP positivo y estudios histopatológicos positivos: mayor del 50 %, evaluación trimestral.

CONTROL DE CALIDAD EXTERNO

El Instituto Nacional de Salud es el encargado de realizar el control de la calidad externo de la Red de Laboratorios para la detección del Cáncer del Cuello Uterino.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Áreas de alto riesgo epidemiológico: Zonas geográficas en las que se registra altas tasas de incidencia o mortalidad por cáncer de cuello uterino y/o áreas con bajas coberturas de detección de cáncer de cuello uterino.

ASCUS: Siglas en inglés que equivale a células atípicas escamosas de significado indeterminado según la nomenclatura citológica de Bethesda.

AGUS: Siglas en inglés que equivale a células atípicas glandulares de significado indeterminado según la nomenclatura citológica de Bethesda.

Cáncer in situ: Lesión en la cual la totalidad del grosor del epitelio está reemplazada por células que muestran diversos grados de atipia.

Cáncer micro invasor: Lesión en la cual las células neoplásicas han roto la membrana basal e invadido el estroma en menos de 5 mm. en profundidad y se extienden menos de 7 mm.

Cáncer Invasor: Lesión en la cual las células neoplásicas han roto la membrana basal e invadido el estroma en más de 5 mm. ó tienen más de 7 mm. de extensión o tienen permeación vascular.

Caso probable: Mujer con resultado PAP positivo o, en la IVAA, presencia de lesión aceto-blanca, o sospecha clínica de cáncer.

Caso Falso Positivo: Caso probable con diagnóstico histopatológico negativo para NIC o cáncer.

Caso Falso Negativo: Caso con diagnóstico histopatológico de NIC o cáncer, con citología negativa en los 3 años anteriores al diagnóstico definitivo.

Caso definitivo: Mujer con diagnóstico histopatológico de NIC II, NIC III o carcinoma invasor (epidermoide o adenocarcinoma) de cuello uterino.

Caso tratado: Caso definitivo sometido a algún procedimiento médico-quirúrgico.

Caso no localizado: Caso probable cuya dirección no existe o no es habido en tres visitas domiciliarias consecutivas realizadas en el mes.

Caso de abandono: Caso comprobado de NIC II - III o cáncer de cuello uterino, que no cumple con la cita en un lapso de doce meses.

Caso de enfermedad controlada: Caso definitivo de NIC II - III tratado, cuyo seguimiento en 2 años ha demostrado ausencia de persistencia, recurrencia o progresión de la enfermedad.

Caso de diagnóstico complejo: Paciente con presentación atípica de la enfermedad o con comorbilidad, complejidad y/o dificultad diagnóstica que requiere de mayor infraestructura para su atención.

Centro Asistencial (salud) Acreditado: Es aquel establecimiento del primer nivel de atención que cuenta con el profesional médico capacitado y certificado por el nivel III en el manejo de las lesiones premalignas: Colposcopia, biopsia dirigida y resección electro quirúrgica u otro procedimiento terapéutico validado por el INEN, además de contar con el equipo e instrumental necesario.

Detección: Descubrir lesiones citológicas y/o visuales del cuello uterino en relación con lesiones premalignas ó cáncer invasor, en la población supuestamente sana.

Defunción por cáncer de cuello uterino: Certificado de defunción que consigna el cáncer de cuello uterino como causa básica de muerte.

Desinfección de alto nivel: Procedimiento que elimina la mayoría de microorganismos, incluidos el VIH y el virus de la hepatitis B, excepto algunas endosporas bacterianas que producen el tétanos y la gangrena. Estos procedimientos consisten en: hervir instrumental o guantes en agua, que los cubra por 20 minutos, ó sumergirlos en solución de cloro al 0.1% o glutaraldehído al 2% por 20 minutos.

Diagnóstico Histológico: Confirmación o descarte, mediante estudio histológico, de la existencia de lesión premaligna o cáncer invasor.

Displasia: Término utilizado según la clasificación histológica descriptiva recomendada por la OMS, para las lesiones precursoras del cáncer cérvicouterino. Incluye la displasia leve, displasia moderada y la displasia severa.

Hospital con Unidad Oncológica: Hospital I ó II con unidad / Departamento de Oncología que cuenta con profesionales a dedicación exclusiva para el manejo del Cáncer: Cirugía Oncológica, Oncología Clínica, opcionalmente Radioterapia; ajustado a su nivel de Complejidad.

ICA: Imagen Colposcópica Atípica

Inspección visual con ácido acético (IVAA): Método de estudio visual del cuello uterino utilizado para la detección de lesiones precursoras del cáncer cérvicouterino.

IVAA Positivo: Presencia de imagen acetoblanca en el Cérvix, en la inspección, luego de la aplicación de ácido acético en el Cuello Uterino.

LEI: Lesión escamosa intraepitelial, según nomenclatura citológica de Bethesda.

LEIB: Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado incluye al PVH y displasia leve, según nomenclatura citológica de Bethesda.

LEIA: Lesión escamosa intraepitelial de alto grado incluye a la displasia moderada, displasia severa y carcinoma in situ, según nomenclatura citológica de Bethesda.

MEF: Mujer en edad fértil, de 15 a 49 años.

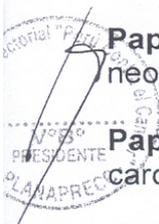
NIC: Neoplasia Intraepitelial Cérvicouterina. Término utilizado según la clasificación histológica de Richart (1980), para los precursores del cáncer cérvicouterino invasor. Es sinónimo del término displasia ó carcinoma in situ (OMS).

NIC I: Neoplasia Intraepitelial de primer grado, equivale a la displasia leve.

NIC I Persistente: Control citológico positivo a los 6 meses

NIC II: Neoplasia intraepitelial de cuello uterino de segundo grado, equivale a la displasia moderada.

NIC III: Neoplasia intraepitelial de cuello uterino de tercer grado, equivale a la displasia severa y carcinoma in situ.



Papanicolaou (PAP): Método de estudio citológico utilizado para la detección de enfermedad neoplásica.

Papanicolaou positivo: El resultado del estudio citológico informa ASCUS, PVH, LEIB, LEIA o carcinoma invasor.

Tratamiento: Es el empleo de procedimientos médicos-quirúrgicos en el manejo de las lesiones precursoras y carcinoma invasor.

VPH: Virus del Papiloma humano.



BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Miller AB. Programas de Detección del Cáncer Cervicouterino: Directrices de gestión. Ginebra: OMS, 1993.
2. OPS. Cáncer de Cuello Uterino. Boletín de la OPS; 30(4), Diciembre 1996.
3. OMS. Control Integral del Cáncer Cérvicouterino. Guía de Prácticas Esenciales, 2007
4. PATH. Planning Appropriate Cervical Cancer Control Programs. Seattle, Washington, USA, 1997.
5. IARC Working Group on Evaluation of Cervical Cancer Screening Programmes. Screening for squamous cervical cancer: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implications for screening policies. British Medical Journal 1996; 293: 659-664.
6. NCCN. Clinical Practice Guidelines in Oncology. Cervical cancer Screening, V.2, 2006
7. Berek JS. Ginecología Oncológica Práctica. 4a Ed, 2005
8. National Cancer Institute Workshop. The 1988 Bethesda system for reporting cervical/vaginal cytologic diagnosis. JAMA 1989; 262:931.
9. The Cervical Cancer Consultive Group. Cervical Cancer Prevention: A Strategic Opportunity to Improve Women's Reproductive Health/AVSC International/ JHPIEGO Corporation/PATH; 1997.
10. Castellano, C. et al. Carcinoma de cuello uterino como problema de salud pública en el Perú. Diagnóstico 1981; 7: 15-26.
11. Evaluation of an outreach intervention to promote cervical cancer screening among cambodian American women. Cancer Detection and Prevention. 2002; 26(4): 320-327.
12. Santos, C. et al. One-session management of cervical intraepitelial neoplasia a solution for developing countries. Gynecol.Onco 1996; 61: 11-15.
13. Jerónimo, J et al. Citología cervical anormal: Distribución por grupos etéreos. Lima Sur, Perú, 1988.
14. University of Zimbabwe/JHPIEGO. Cervical Cancer Projeet. Visual inspection with acetic acid for cervical screening: test qualities in a primary-care setting. The Lancet 1999; 353: 869-873.

Anexo N° 1A

INSTRUCCIONES PARA LA INSPECCION VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO (IVAA)

Paso 1: Explicar el procedimiento a la paciente.

Paso 2: Lleve a la mujer al área de examen. Pídale que evacue la vejiga, que se desnude de la cintura para abajo y que se coloque una bata.

Paso 3: Ayude a la paciente a colocarse sobre la mesa de examen para proceder al examen con espéculo y visualizar el cérvix. Cúbrela apropiadamente para el examen con espéculo.

Paso 4: Lávese las manos concienzudamente con agua y jabón y séquelas con una toalla limpia o al aire.

Colóquese guantes nuevos o sometidos a desinfección de alto nivel en ambas manos. Acomode los instrumentos o los suministros sobre bandejas o recipientes sometidos a desinfección de alto nivel.

Paso 5: Inspeccione los genitales externos y la uretra. Palpe las glándulas de Skene y Bartolino buscando sensibilidad o descarga. Dígale a la señora que el espéculo va a ser insertado y que puede sentir alguna presión. El examen con espéculo debe ser realizado sólo por proveedores entrenados en el procedimiento.

Paso 6: Inserte suavemente el espéculo hasta el fondo de la vagina y abra lentamente las hojas para evidenciar el cerviz. Acomode el espéculo de tal manera que pueda verse todo el cérvix.

Esto puede ser difícil en aquellos casos donde el cérvix es grande o extremadamente anterior o posterior.

Puede ser necesario usar un instrumento para mover el cuello uterino y colocarlo a la vista.

Cuando el cérvix pueda ser visto íntegramente, fije las hojas del espéculo en posición abierta de tal forma que éste permanezca en su lugar con el cérvix a la vista.

Paso 7: Acomode la fuente de luz con foco de 100 watts de manera que el cérvix pueda ser visto claramente. Puede ser necesario acomodar constantemente la luz para lograr la mejor visualización del cérvix.

Paso 8: Examine visualmente el cérvix buscando signos de inflamación o evidencia de infección (secreción purulenta), presencia de cualquier lesión con apariencia de úlcera o tumor, quistes de Naboth.

Paso 9: Utilice una torunda vaginal para remover cualquier secreción, sangre o moco del cérvix. Elimine la torunda colocándola en un recipiente hermético o en una bolsa de plástico. Identifique la zona de transformación (zona-T), el orificio cervical y la unión escamo-columnar.

Paso 10: Remoje una torunda limpia en ácido acético al 5% y aplique el ácido acético concienzudamente al cérvix por 60 segundos. Use torundas limpias para repetir aplicaciones de ácido acético hasta completar 1 minuto.

Paso 11: Una vez que el cérvix ha sido lavado con el ácido acético, espere un minuto para que el ácido acético sea absorbido y aparezca cualquier área blanca en el cérvix por reacción al ácido (reacción acetoblanca).

Paso 12: Inspeccione la zona - T cuidadosamente buscando áreas blancas por reacción con el ácido. Anote si la zona - T puede ser vista adecuadamente.

Paso 13: Si es necesario, aplique nuevamente ácido acético con una torunda limpia para remover cualquier resto de moco, sangre o detritus que se produzca durante la inspección y pueda oscurecer la visión.

Paso 14: Cuando la inspección visual del cérvix ha sido completada, use una torunda nueva para remover cualquier remanente de ácido acético del cérvix o la vagina y evitar que al sacar el espéculo ocasione molestias a la paciente.

Paso 15: Remueva suavemente el espéculo y colóquelo en una solución de cloro al 0.5% por 10 minutos para descontaminación. Elimine las torundas usadas colocándolas en un recipiente hermético o una bolsa de plástico.

Paso 16: La fuente de luz deberá ser limpiada con una solución de cloro al 0.5% después de cada uso para evitar su contaminación.

Paso 17: Sumerja ambas manos enguantadas en una solución de cloro al 0.5%. Quítese los guantes volteándolos de dentro hacia fuera. Si descarta los guantes, póngalos en un recipiente

hermético o en una bolsa de plástico. Si los guantes son reutilizados, sumérjalos en una solución de cloro al 0.5% por 10 minutos para descontaminación. Lávese las manos concienzudamente con agua y jabón y séquelas con una toalla limpia o al aire.

Paso 18: Ayude a la paciente a incorporarse y bajarse de la mesa de examen.

Paso 19: Registre la prueba IVAA en el formato de informe (Anexo 1B), y anote otros hallazgos como signos de inflamación o evidencia de infección (secreción purulenta), presencia de cualquier lesión con apariencia de úlcera o tumor, quistes de Naboth. Si se evidencian áreas blancas por el ácido registre el examen cervical como anormal. Dibuje un mapa del cérvix y el área enferma en la historia.

Paso 20: Discuta los resultados del examen con la paciente. Si el examen fue normal, asegúrele que la prueba fue negativa y póngase de acuerdo con ella para futuros exámenes de prevención.

Paso 21: Si el cérvix fue anormal, dígame a la mujer cuales son los siguientes pasos recomendados. Si el tratamiento está disponible inmediatamente, discuta esta posibilidad con ella. Si se requiere transferirla antes que el tratamiento pueda ser brindado, haga los arreglos para la transferencia y provea a la paciente con los formularios necesarios antes que deje el establecimiento. Si es posible hacer una cita en el momento.

Paso 22: Si la zona-T no puede ser vista adecuadamente para poder determinar si el cérvix es normal o anormal, o no ha sido posible tomar muestra para Pap o cuando exista sospecha de invasión, transfiera la paciente a la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento.

Anexo N° 1B

Formato de Informe IVAA

N° de registro: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Apellidos: Paterno _____ Materno _____ Nombres: _____

Edad: _____ Edad a la primera relación coital: _____

G: _____ P: _____ ETS: _____

MAC: _____

Ejemplo de mapeo cervical
Contorno de la unión escamo columnar
Epitelio blanco
Orificio externo actual

Examen:

Vulva: _____

Vagina: _____

Cérvix: _____

IVAA NORMAL

Retornar en _____ años para control

IVAA ANORMAL

Orientada acerca de opciones de tratamiento.

Tratamiento proporcionado:

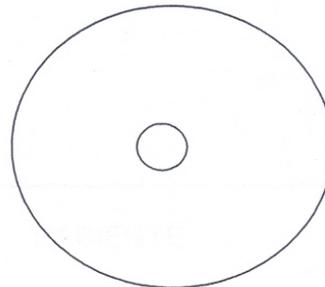
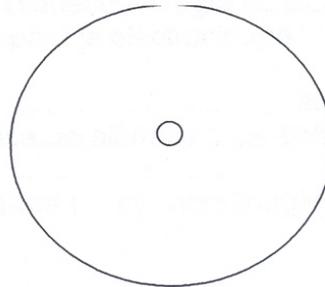
Electro cirugía (Consentimiento firmado).

Crioterapia

Retornará para control

Referida a Unidad de Diagnóstico y Tratamiento:

Responsable: _____



NIC



CANCER INVASOR



Anexo N° 2A

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELECTROCIRUGIA Y CRIOCIRUGIA

Se me ha explicado y comprendo:

1. Que la lesión que me han detectado en el cuello uterino está relacionada con el desarrollo del cáncer y requiere ser extirpada usando electrodos en asa de alambre y de bola, activados con corriente eléctrica. En el caso de criocirugía se requiere la utilización de Oxido Nitroso.
2. Que el procedimiento de electrocirugía requiere de la aplicación de yodo y del uso de anestesia local. En el caso de criocirugía no es necesario la anestesia local.
3. Que rara vez puede presentarse sangrado severo durante el procedimiento, el cual necesita tratamiento adicional u hospitalización.
4. Que unos días a una semana después del procedimiento puede ocasionalmente presentarse sangrado y/o flujo vaginal maloliente, debiendo retomar inmediatamente a la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento o a la Emergencia del Hospital.
5. Que en algunas mujeres, este tratamiento puede causar estenosis del cuello uterino, es decir, obstrucción de la vía entre la vagina y el útero, es decir, obstrucción de la vía entre la vagina y el útero. Si esto ocurriese, puede ser requerida cirugía adicional.
6. Que existe un riesgo de 8% de complicación obstétrica para la electrocirugía.

Yo,, acepto el tratamiento con electro cirugía usando electrodos en asa de alambre y de bola () ó criocirugía () que va a ser realizado por el Dr. calificado en el manejo de procedimientos eletroquirúrgicos () y crioquirúrgicos (). Afirmo que no soy alérgica a la xilocaina ni al yodo.

Fecha:

TESTIGO

PACIENTE

LE./D.N.I. N°

LE./D.N.I. N°

MÉDICO TRATANTE:

FIRMA: _____

NOMBRE:

D.N.I. N° CMP N°

Nota: en caso que la paciente sea analfabeta deberá imprimir su huella digital, el testigo debe ser algún familiar o pariente. El personal de salud debe evitar firmar como tal.

Anexo N° 2B.1

RESECCIÓN ELECTROQUIRURGICA DE LA ZONA DE TRANSFORMACIÓN Y ENDOCERVIX

1. Explicar el procedimiento a la paciente y obtener su consentimiento haciéndole firmar el formato de consentimiento informado con un testigo (Anexo N° 2 A).
2. Preparar la unidad electro quirúrgica, que deberá cumplir con los requisitos técnicos de seguridad y performance (Tabla N° 1), así como todo el equipo necesario para el procedimiento.
3. Colocar a la paciente desvestida de la cintura para abajo en posición de litotomía en la mesa de examen ginecológico. Tomar control basal de presión arterial y pulso.
4. Adherir el electrodo de retorno o de tierra en la parte interna del muslo.
5. Colocar un espéculo no conductivo con aditamento para aspiración (Gráfico N° 1), conectarlo al aspirador de humo (es importante que el espéculo sea lo suficientemente largo para no obstruir la visualización del cuello uterino. Si las paredes laterales vaginales obstruyen la visualización deberá colocarse un separador vaginal no conductivo).
6. Aplicar ácido acético al 5% al cuello uterino y proceder al examen colposcópico para identificar la presencia y distribución de la Lesión Intraepitelial Escamosa (LEI).
7. Aplicar solución de lugol al cuello uterino para delinear los márgenes de la lesión.
8. Anestesiarse el cuello uterino inyectando xilocaina al 2% con o sin epinefrina al 1:80,000 por debajo del epitelio a las 2,5,8,11 horas con jeringa dental usando aguja N° 27 (Gráfico 2), generalmente un total de 2.0 - 4.0 ml. de anestésico es usado (hasta 1 ml. por cuadrante). Esperar 3 minutos para obtener el efecto anestésico esperado.
Tomar control de presión arterial y pulso.
9. Seleccionar el electrodo apropiado para que la electro cirugía permita reseca la lesión y la zona de transformación por completo.
Recomendaciones: Para las lesiones pequeñas en mujeres nulípara se usa un electrodo de asa de 1.5 cm. de ancho por 0.5 cm. de profundidad. Para las lesiones más grandes o lesiones en mujeres multíparas se usa electrodos de asa de más de 1 cm. de profundidad. Para el canal endocervical se usa asa de 1.0 cm. de ancho por 1.0 cm. de profundidad.
10. Para seleccionar en la unidad electro quirúrgica la potencia necesaria de corte y coagulación, tener en cuenta las recomendaciones de la Tabla N° 2.
11. Hacer una prueba con el electrodo.
12. Encender el aspirador de humo.
13. Activar la unidad electro quirúrgica:
 - 1) Humedecer el asa y el cuello uterino antes de iniciar el procedimiento, para mejorar el contacto con el tejido.
 - 2) Reseque la lesión del cuello uterino incluyendo la zona de transformación con el electrodo de asa seleccionado, con movimiento uniforme y continuo (Gráfico N° 3).
 - 3) Resección del endocérnix con electrodo de asa de endocérnix.
 - 4) Realizar curetaje del endocérnix.

En caso de interrupción al pase del electrodo, retirarlo y hacer el abordaje desde el lado opuesto.

14. Todos los puntos sangrantes en la base del cráter serán fulgurados usando el electrodo de bola y la corriente de coagulación. Tomar en cuenta las sugerencias de la Tabla N° 1.
15. Se coloca tapón de algodón con crema antiséptica a la base del cráter fulgurado. Se entrega a la paciente las instrucciones post-operatorias, (Anexo N° 2E), y se cita la paciente a las 24 horas para retirar el tapón.
16. Todas las muestras de tejido son enviadas para estudio anátomo-patológico. Los bordes de sección deben ser marcados con tinta china para facilitar el estudio anátomo-patológico.
17. Después de retirado el tapón de algodón la paciente es instruida para retornar a consulta a los 3 meses.

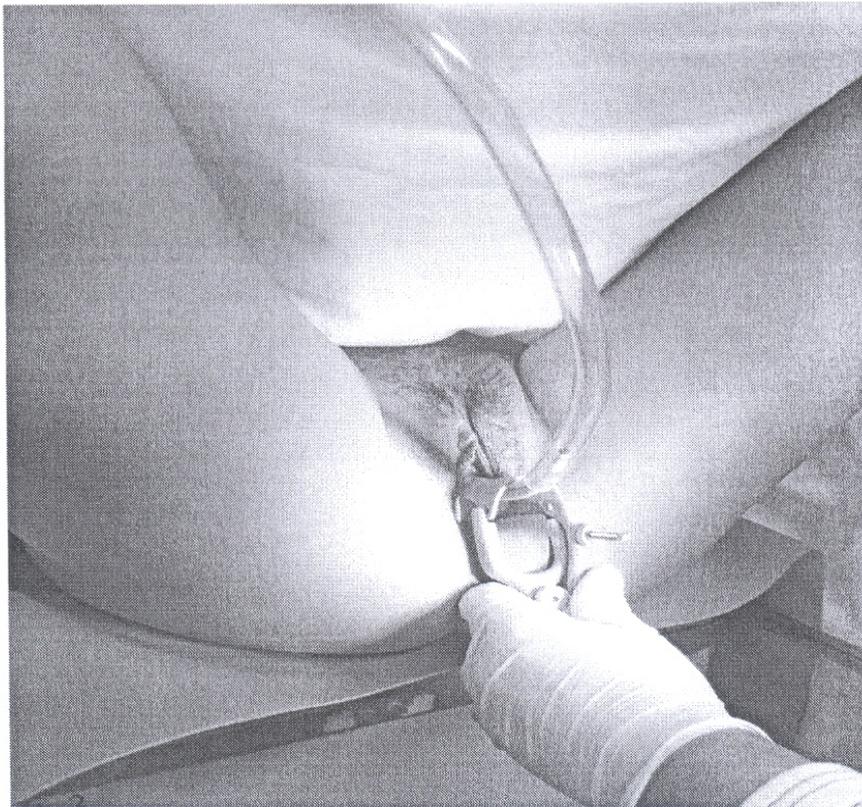


Gráfico N° 1. Aplicación de espéculo no conductivo y sistema de aspiración

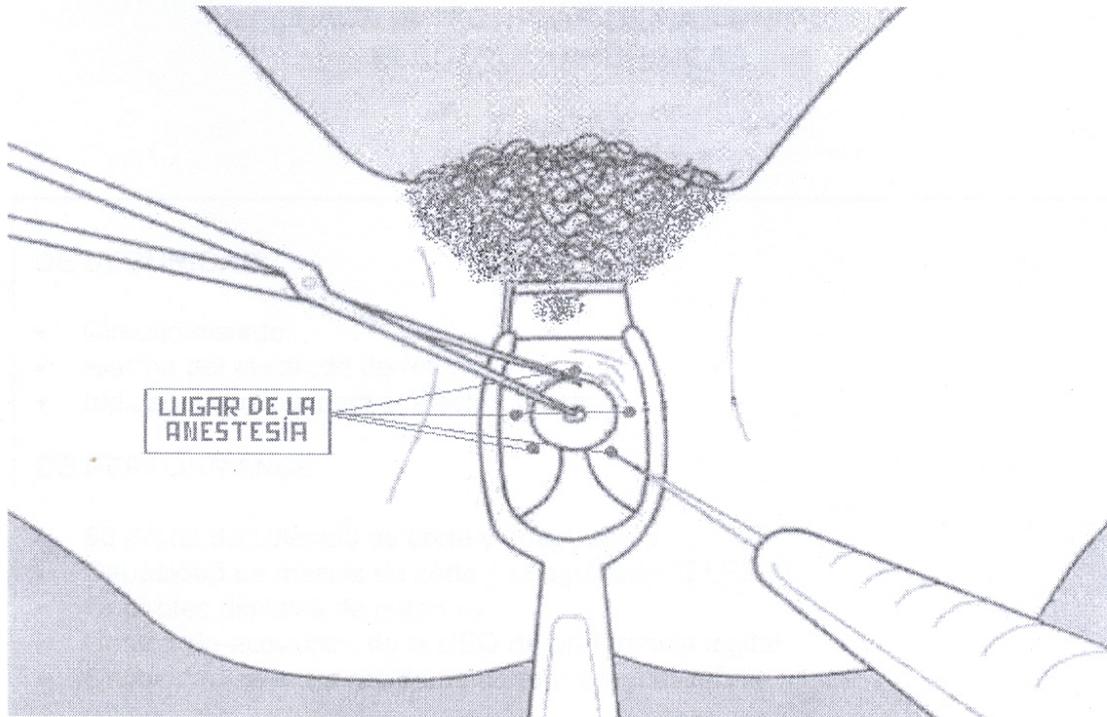


Gráfico Nº 2. Aplicación de anestesia local

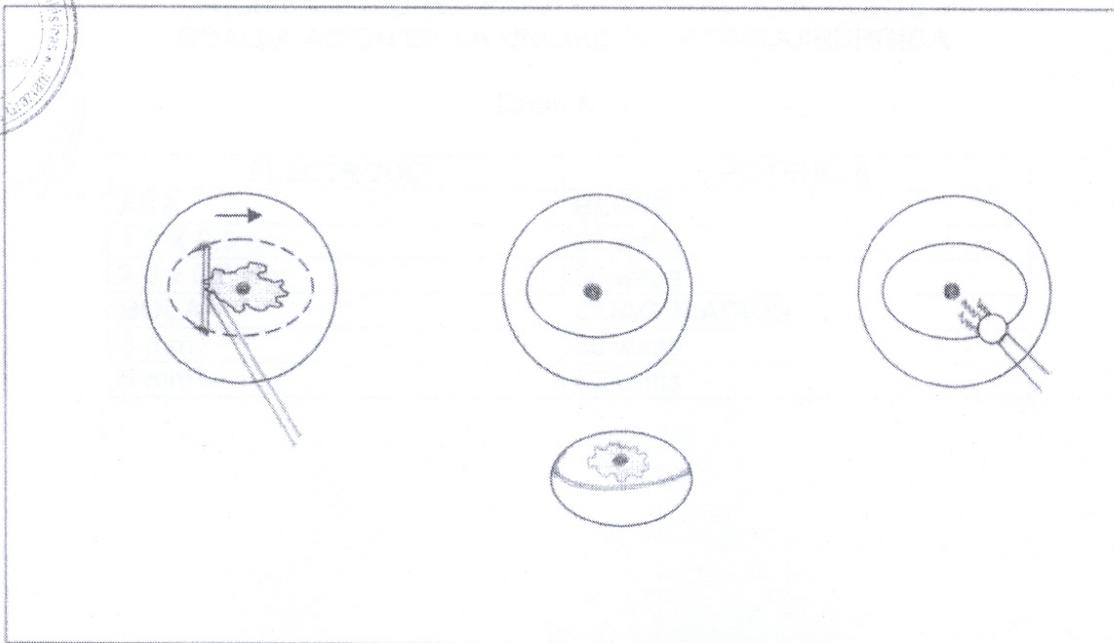


Gráfico Nº 3. Resección de la lesión con electrodo

REQUISITOS TÉCNICOS DE LAS UNIDADES ELECTROQUIRÚRGICAS

Tabla N° 1

DE SEGURIDAD:

- Circuito aislado.
- Alarma del electrodo de retorno.
- Indicador audible para el electrodo activo.

DE PERFORMANCE:

- 60 Watts de potencia de corte y coagulación.
- Capacidad de mezcla de corte y coagulación (BLEND).
- Controles digitales de potencia.
- Control de activación de la UEQ de preferencia digital.
- Capacidad de inicio rápido de corte y coagulación.

RECOMENDACIONES PARA LA POTENCIA DE CORTE Y COAGULACION DE LA UNIDAD ELECTROQUIRÚRGICA

Tabla N° 2

ELECTRODO	POTENCIA
ASA	BLEND
1.5 X 0.5 cm.	32 watts
2.0 x 0.8 cm.	36 watts
BOLA	COAGULACION
3 mm	30 watts
5 mm	50 watts

Anexo N° 2B.2

PROCEDIMIENTO PARA LA CRIOTERAPIA

1. Explicar el procedimiento a la paciente y obtener su consentimiento haciéndole firmar el formato de consentimiento informado con un testigo (Anexo N° 2 A).
2. Preparar la unidad de criocirugía, así como todo el equipo necesario para el procedimiento (Gráfico N° 4).
3. Colocar a la paciente desvestida de la cintura para abajo en posición de litotomía en la mesa para examen ginecológico y realizar un examen con espéculo.
4. Si no hay evidencia de infección, continuar con el procedimiento de crioterapia.
5. Si hay infección cervical, proporcionar tratamiento médico y dar una cita para que regrese una vez que la infección fue tratada.
5. Limpiar suavemente el cuello uterino con una torunda de algodón embebida en solución salina. Esperar unos pocos minutos.
6. Aplicar ácido acético a la superficie del cuello para delinear la anormalidad y esperar uno o dos minutos.
7. Decirle a la paciente que podría sentir alguna molestia o calambre en el vientre mientras se hace la criocirugía.
8. Limpiar la superficie de la crioprobeta con solución salina.
9. Aplicar el extremo de la crioprobeta en el centro del orificio cervical y asegurarse que cubre adecuadamente la lesión (Gráfico 5). Si la lesión se extiende más de 2 mm fuera de la probeta, suspender el tratamiento y explique a la mujer las razones de esta decisión, así como la alternativa que tiene.
10. Asegurar que la pared vaginal no entre en contacto con la crioprobeta.
11. Programar el cronómetro y dejar pasar el gas (Oxido nitroso).
12. Observar que se forma una bola de nieve en el extremo de la probeta y en el cérvix. Cuando el área de congelación se ha extendido 4 a 5 mm por fuera del extremo de la probeta, significa que la congelación es adecuada.
13. Realizar dos ciclos de congelación y descongelación: 3 minutos de congelación, seguidos de 5 minutos de descongelación.
14. Terminada la segunda congelación, continuar con la descongelación antes de retirar la probeta del cuello.
15. Rotar suavemente la probeta sobre la superficie del cérvix para retirarla. El área congelada se mostrará de color blanco.
16. Examinar el cuello uterino por si hubiera sangrado. Si no existiera, aplicar una crema.
17. No taponar el canal vaginal.
18. Retirar el espéculo.
19. Aplicar una toalla sanitaria.
20. Indicar a la paciente que se abstenga de relaciones sexuales durante 6 semanas y no utilizar tampones vaginales por 4 semanas, hasta que el flujo vaginal termine completamente. Proporcionar condones para ser utilizados en el caso de que no pueda abstenerse de relaciones sexuales (Anexo N° 2E).
21. Citar a la paciente en 6 semanas para ser examinada y nuevamente a los 6 meses para repetir el papanicolaou y de ser posible la colposcopia.
22. Informar acerca de probables complicaciones: fiebre con temperatura mayor de 38° C o escalofríos, dolor abdominal severo, flujo vaginal maloliente o purulento, sangrado mayor de dos días o presencia de coágulos.
23. Limpiar y desinfectar la crioprobeta y descontaminar la fuente del gas.
24. Guardar el equipo.



Gráfico N° 4. Material y equipo para IVAA previo al procedimiento de crioterapia

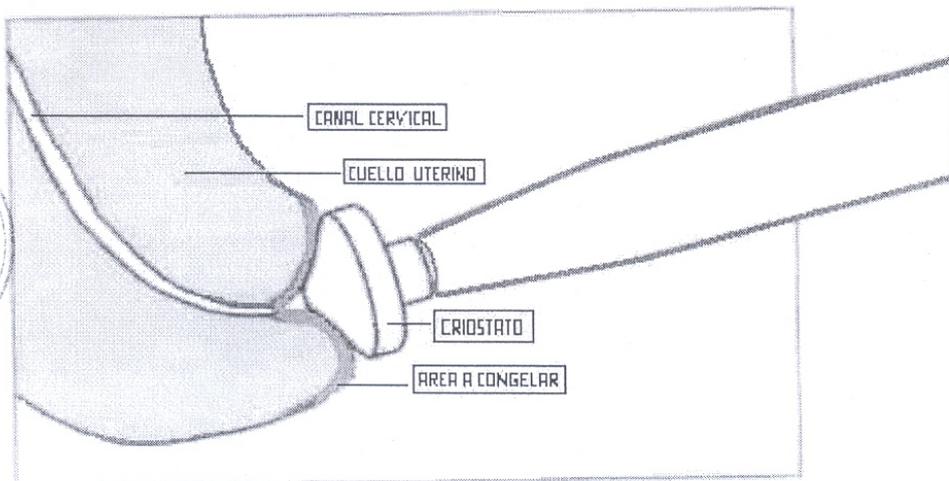


Gráfico N° 5. Crioterapia

Anexo N° 2C

RECOMENDACIONES TÉCNICAS-OPERATORIAS PARA EL PROCEDIMIENTO DE RESECCION ELECTROQUIRÚRGICA DE LA ZONA DE TRANSFORMACIÓN Y ENDOCERVIX

- A. Estabilizar el electrodo apoyando el vástago sobre la hoja posterior del espéculo.
- B. Es crítico que el cuello uterino sea muy bien visualizado y que se encuentre perpendicular al paso del electrodo durante el procedimiento. Se puede alinearlos colocando una gasa detrás del cuello uterino.
- C. La lesión deberá ser resecada mediante movimiento continuo del electrodo sin parar.
- D. Empezar la resección de 2 a 4 mm por fuera de la lesión.
- E. La unidad electro quirúrgica es activada antes de tocar el tejido, el asa colocada perpendicularmente al tejido es movida a través del cuello uterino de un lado al otro, alcanzando una profundidad de 4 a 5 mm. **No insertar el electrodo a una profundidad mayor de 5 mm a las horas 03 y 09 ya que puede presentarse sangrado de las ramas de la arteria uterina.**
- F. Si en algún momento el electrodo es detenido, deberá iniciarse el procedimiento en el lado opuesto, alcanzando la línea original de la resección.

Anexo N° 2D

COMPLICACIONES CON EL USO DE UNIDADES ELECTROQUIRÚRGICAS (UEQ) PARA EL TRATAMIENTO DE LESIONES DE CUELLO UTERINO

Las pacientes pueden ser quemadas accidentalmente en varias formas:

A. En el sitio que actúa el electrodo activo

1. Debido a errores del operador.
2. Debido a movimiento inesperado de la paciente durante el procedimiento.

B. En sitios alternativos

Las quemaduras en sitios alternativos son producidas cuando se desarrolla una vía alternativa entre el paciente y la "tierra". Bajo estas condiciones la corriente eléctrica no fluye entre el electrodo activo y el electrodo de retorno, sino que además sigue una vía alternativa al electrodo activo a "tierra". Si la región de contacto entre el cuerpo de la paciente y esta vía alternativa a "tierra" es pequeña, una quemadura puede desarrollarse en el punto de contacto con la vía alternativa. La mayoría de las unidades electroquirúrgicas (UEQ) producidos en los Estados Unidos y Europa ahora incluyen un tipo de circuito denominado "circuito aislado" el cual reduce significativamente el riesgo de "sitios de quemaduras alternativos". El "circuito aislado" es un mecanismo por el cual la UEQ detecta cuando una significativa porción de la corriente eléctrica no retorna a la UEQ vía el electrodo de retorno, y que está pasando directamente a "tierra".

Cuando ocurre esta situación insegura el "circuito aislado" inactiva la UEQ.

C. En el electrodo de retorno

El efecto electroquirúrgico ocurre en el electrodo activo debido a que posee una corriente de alta densidad, el electrodo de retorno posee una corriente de baja densidad. Debido a defectos en la manufactura del electrodo o que este no ha permanecido en total contacto con la paciente, la densidad de la corriente puede incrementarse en el electrodo de retorno y resultar en una quemadura de la paciente.

Anexo N° 2E

INTRUCCIONES PARA LAS PACIENTES DESPUÉS DE ELECTROCIRUGIA o CRIOCIRUGIA DE CUELLO UTERINO

- Usted puede presentar un flujo vaginal marrón-oscuro el cual puede durar de unos días a dos semanas. Esto es normal. Si el flujo persiste por más de dos semanas, si se presenta sangrado profuso, si el flujo se hace maloliente ó purulento y/o se acompaña de dolor cólico, debe acercarse al centro de salud de su comunidad.
- El tapón vaginal debe ser retirado al día siguiente en el caso de electrocirugía.
- No usar duchas, ni tampones vaginales, ni sumergirse en agua por 4 semanas.
- No relaciones cóitales por 6 semanas.
- Evitar cargar peso por 2 semanas.
- Retornar al consultorio en 3 meses, para control de electrocirugía y 6 semanas para el caso de criocirugía. Cualquier duda que usted tenga háganosla saber que gustosamente le proporcionaremos la información necesaria. Acuda a su control en la fecha programada.

ANEXO N° 3

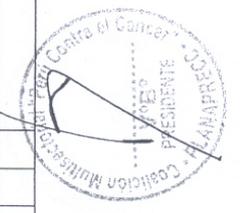
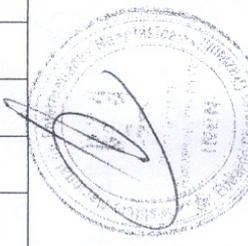
LOS COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA COMUNICACIONAL A CONSIDERAR SON:

- **Segmentación de audiencias** (delimitar con qué porción de la población afectada por el problema y que es susceptible al cambio vamos a trabajar).
- **Priorización de comportamientos** (diferenciar comportamiento actual, el ideal y el factible).
- **Objetivos de comunicación** (debe definir el cambio que se espera que el público objetivo practique con respecto a su problema de salud).
- **Posicionamiento** (imagen o significado que el público tiene en su mente sobre el servicio o la idea que se esta promocionado).
- **Definición de mensajes** (mensaje atractivo, comprensible y relevante para la audiencia).
- **Selección y mezcla de medios** (de acuerdo a las características del público objetivo, a sus necesidades, nivel de conocimiento y percepción y a los objetivos de comunicación).
- **Plan de trabajo** (actividades a realizar para alcanzar los objetivos, quien las realizará, cuando se llevarán a cabo y qué recursos se necesitarán).
- **Monitoreo** (vigilancia permanente y retroalimentación continua para conocer el avance de las metas propuestas y corregir los errores cometidos).
- **Evaluación de resultados** (nos permite detectar de manera sistemática si las actividades planificadas están siendo eficientes y efectivas para luego realizar un análisis del porqué se está dando esta situación).

FORMATO N° 1
EMPADRONAMIENTO DE MUJERES COMPRENDIDAS ENTRE 30 – 49 AÑOS POR COMUNIDAD / DISTRITO

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: DISA: FECHA:
DEPARTAMENTO: PROVINCIA: DISTRITO: LOCALIDAD:

N° Orden	D.N.I. N°	Nombre	Dirección	Edad	Edad 1ª RS	PAP				TRATAMIENTO / LUGAR									
						Anterior	Resultado		MINSALUD	PARTIC.	OTROS	MINSALUD	PARTIC.	OTROS					
							NO	SI							NORMAL	ANORMAL			



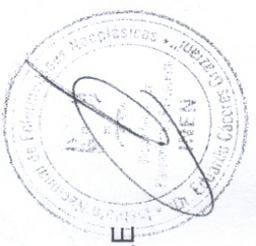
**FORMATO Nº 2
SOLICITUD Y RESULTADO DE EXAMEN CITOLÓGICO**

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: DEPARTAMENTO: PROVINCIA: DISTRITO: LOCALIDAD:
 FECHA: DISA: LOCALIDAD: FECHA:

SERA LLENADO EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD			SERA LLENADO EN LAB. CITOLOGIA						
Nº Orden	D.N.I.	NOMBRES Y APELLIDOS		FECHA DE TOMA DE Pap	DX GINECOLOG. (GESTANTE)	ANTICONC.	CODIGO DE LAMINA	RESULTADO	INFORMADO
		DIRECCION	FIR						

(*) Colocar la letra R con lapicero Rojo en 2ª muestra

ANTICONCEPCION:
 0 NINGUNO
 1 DIU
 2 INYECTABLE
 3 BARRERA
 4 RITMO



IVAA:
 0 NO SE HIZO
 1 POSITIVO
 2 NEGATIVO

FORMATO N° 3

INFORME MENSUAL DE MUESTRAS TOMADAS, PROCESADAS E INFORMADAS

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: PROVINCIA: DISTRITO: LOCALIDAD:
 DEPARTAMENTO: DISA: MES:
 FECHA:

MUESTRAS TOMADAS	GRUPOS DE EDAD												
	MENORES DE 20 AÑOS		20 - 29 AÑOS		30 - 49 AÑOS		MAYORES DE 50 AÑOS		TOTAL				
	AR	BR	AR	BR	AR	BR	AR	BR	AR	BR			
TOTAL (primera vez + continuadoras)													
PAP PRIMERA VEZ													
SOSPECHA CANCER													
MUESTRAS PROCESADAS													
PAP INSATISFACTORIO													
LEI BAJO GRADO													
LEI ALTO GRADO													
CARCINOMA INVASOR													
OTROS													
TOTAL													
RESULTADO INFORMADO													
Mujeres con paquete de promoción de la Salud completo													

AR: ALTO RIESGO (PRESENCIA DE UNO O MAS FACTORES DE RIESGO)

BR: BAJO RIESGO (NINGÚN FACTOR DE RIESGO)

Paquete de Promoción de la Salud Completo: recibió charlas educativas completas (5)

OBSERVACIONES:



FORMATO N° 4
INFORME TRIMESTRAL: CASOS EVALUADOS - TRATADOS

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: PROVINCIA: DISTRITO: LOCALIDAD:
 DEPARTAMENTO: DISA: TRIMESTRE:
 FECHA:

	GRUPOS ETAREOS				TOTAL
	MENORES DE 20 AÑOS	20 - 29 AÑOS	30 - 49 AÑOS	MAYORES DE 50 AÑOS	
PACIENTES EVALUADAS					
TOTAL					

DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICOS				
NIC I				
NIC II				
NIC III - CA IN SITU				
INVASOR				
NEGATIVOS				
OTROS				
TOTAL				

CASOS TRATADOS				
CRIOterapia				
RESECCIÓN ELECTROQUIRÚRGICA				
CONO FRIO				
HISTERECTOMIA				
OTRO				
TOTAL				

OBSERVACIONES:

