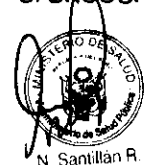




Resolución Ministerial

Lima, 26 de JUNIO del 2019



Vistos los Expedientes N°s 19-020405-001/024, que contienen los Informes Técnicos N° 060-2019-DPCAN-DGIESP/MINSA y N° 0117-2019-DPCAN-DGIESP/MINSA y el Memorando N° 2329-2019-DGIESP/MINSA, de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública;

CONSIDERANDO:

Que el numeral II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señala que la protección de la salud es de interés público; por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece que el Sector Salud, está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;

Que, el artículo 5 de la precitada Ley establece la función rectora del Ministerio de Salud y señala además entre otras funciones, la de formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación en salud y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno;

Que, el artículo 63 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por Decreto Supremo N° 011-2017-SA y el Decreto Supremo N° 032-2017-SA, establece que la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, es el órgano de línea del Ministerio de Salud, dependiente del Viceministerio de Salud Pública, competente para dirigir y coordinar las intervenciones estratégicas de Salud Pública en materia de Prevención y Control del Cáncer, entre otras;



Que, con Resolución Ministerial N° 1013-2016/MINSA, se aprobó la Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello Uterino (GPC); con el objetivo de establecer pautas para la prevención, detección temprana y manejo adecuado en casos de cáncer de cuello uterino, y con ello reducir la morbilidad, mortalidad y discapacidad por dicho cáncer;



Que, con los documentos del visto, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública ha propuesto una Directiva Sanitaria con el objeto de Establecer los procesos técnicos y operativos para la detección temprana del cáncer de cuello uterino (CACU) y el tratamiento de lesiones pre-malignas incluyendo carcinoma in situ, en los establecimientos de salud del ámbito de aplicación;



Que, con Informe N° 355-2019-OGAJ/MINSA, la Oficina General de Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud emitió opinión legal;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública;



Con la visación del Director General de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, la Secretaría General, del Viceministro de Salud Pública y del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud; y,



De conformidad con el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, la Ley N° 30895, Ley que Fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud y el Reglamento de la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por el Decreto Supremo N° 011-2017-SA y el Decreto Supremo N° 032-2017-SA;



SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la Directiva Sanitaria N° 085 -MINSA/2019/DGIESP "Directiva Sanitaria para la prevención del cáncer de cuello uterino mediante la detección temprana y tratamiento de lesiones pre malignas incluyendo carcinoma in situ", la misma que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.



Artículo 2.- Derogar la Resolución Ministerial N° 1013-2016/MINSA, que aprobó la Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo del cáncer de Cuello Uterino (GPC).

Artículo 3.- Encargar a la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, realice la asistencia técnica, así como la difusión y supervisión de lo dispuesto en la citada Directiva Sanitaria.



Resolución Ministerial

Lima, 26 de JUNIO del 2019.

Artículo 4.- Encargar a la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General la publicación de la presente Resolución Ministerial en el Portal Institucional del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.


ELIZABETH ZULEMA TOMÁS GONZÁLES
Ministra de Salud



O. BROGGI



N. Santillán R.



S. YANCOURT



G. Rosell



R. JAPWA

DIRECTIVA SANITARIA N° 085 -Minsa-2019-DGIESP

DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO MEDIANTE LA DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRE MALIGNAS INCLUYENDO CARCINOMA IN SITU

I. FINALIDAD

Contribuir en la reducción de la incidencia de morbilidad y mortalidad del cáncer de cuello uterino en el Perú.

II. OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer los procesos técnicos y operativos para la detección temprana del cáncer de cuello uterino (CACU) y el tratamiento de lesiones pre-malignas incluyendo carcinoma in situ, en los establecimientos de salud del ámbito de aplicación.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.2.1 Estandarizar las estrategias de prevención primaria y secundaria del cáncer de cuello uterino.
- 2.2.2 Estandarizar los flujos de atención continua para la prevención del cáncer de cuello uterino, en los establecimientos de salud del ámbito de aplicación.
- 2.2.3. Establecer los procesos de registro y atención en prevención del cáncer de cuello uterino.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva Sanitaria es de aplicación obligatoria en todos los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud, y de los Gobiernos Regionales y Locales. Puede servir de referencia para los otros prestadores de salud: EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú, Municipalidades, Clínicas y otros.

IV. BASE LEGAL

- 4.1 Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias
- 4.2 Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización
- 4.3 Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- 4.4 Ley N° 28343, Ley que declara de interés y necesidad pública la descentralización de los servicios médicos oncológicos.
- 4.5 Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales.
- 4.6 Ley N° 30421, Ley Marco de Telesalud.
- 4.7 Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS).
- 4.8 Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.
- 4.9 Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.



DIRECTIVA SANITARIA N° 085 -Minsa-2019-DGIESP
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO MEDIANTE LA DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRE MALIGNAS INCLUYENDO CARCINOMA IN SITU

- 4.10 Decreto Legislativo N° 1303, que optimiza los procesos vinculados a Telesalud.
- 4.11 Decreto Supremo N° 024-2005-SA, que aprobó las identificaciones Estándar de Datos en Salud.
- 4.12 Decreto Supremo N° 016-2009-SA, que aprobó el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud -PEAS.
- 4.13 Decreto Supremo N° 009-2012-SA, que declara de Interés Nacional la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú y dicta otras medidas.
- 4.14 Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, que aprobó el Reglamento de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales.
- 4.15 Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprobó el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.16 Decreto supremo N° 008-2017-SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias.
- 4.17 Decreto Supremo N° 003-2019-SA, aprobó el Reglamento de la Ley N° 30421, Ley Marco de Telesalud modificada con el Decreto Legislativo N° 1303, Decreto Legislativo que optimiza procesos vinculados a Telesalud.
- 4.18 Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 018-MINSA/DGSP-V.01, "Norma Técnica del Sistema de referencias y contrarreferencias de los Establecimiento de Salud".
- 4.19 Resolución Ministerial N° 365-2008/MINSA que aprobó la Norma Técnica de Salud N° 067-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica en Telesalud".
- 4.20 Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA que aprobó el Documento Técnico "Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad".
- 4.21 Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA que aprobó la Norma Técnica de Salud N° 021-MINSA/DGSP-v.03 "Categorías de establecimientos del sector salud"
- 4.22 Resolución Ministerial N° 099-2014/MINSA, que aprobó la Directiva Administrativa N° 197-MINSA/DGSP V.01 "Directiva Administrativa que establece la Cartera de Servicios de Salud".
- 4.23 Resolución Ministerial N° 1069-2017/MINSA, que aprobó la Directiva Administrativa N° 242-2017 MINSA/DGAIN "Directiva Administrativa que establece la Cartera de Atención de Salud en los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención".
- 4.24 Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, que aprobó la Norma Técnica en Salud N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- 4.25 Resolución Ministerial N° 265-2018/MINSA que modifica algunos aspectos de la NTS 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".



V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS

Cáncer del cuello uterino (CACU): Proliferación maligna, autónoma y desregulada de células del epitelio del cuello uterino (2).

Carcinoma in situ de cuello uterino: Estadio de lesión pre maligna que afecta el espesor de la capa de revestimiento o epitelio del cuello uterino, pero no penetra la membrana basal (1).

Carcinoma: Cáncer que empieza en el tejido epitelial (de la piel, glándulas o en los tejidos que revisten o cubren los órganos internos). El cáncer de cuello uterino es un carcinoma.



DIRECTIVA SANITARIA N° 085-MINSA-2019-DGIESP
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO MEDIANTE LA DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRE MALIGNAS INCLUYENDO CARCINOMA IN SITU

Colposcopia: Procedimiento en el que se utiliza un colposcopio (microscopio de bajo poder) para proporcionar una vista ampliada e iluminada de la vulva, vagina y cuello uterino, que permite distinguir lo normal de áreas anormales y obtener biopsias dirigidas de tejido sospechoso de lesiones pre-malignas y malignas sub-clínicas. Detecta el 70-80% de las lesiones de alto grado. La sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo son 75%, 50%, 55% y 97%, respectivamente (3-10).

Cono Frío: Procedimiento quirúrgico escisional para extraer una muestra de tejido del cuello uterino en forma de cono para efectuar el análisis histopatológico, se realiza con bisturí y requiere la reconstrucción quirúrgica del cuello uterino. Puede ser de aplicación diagnóstica y/o terapéutica (11-13).

Cono LEEP: LEEP procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa por sus siglas en inglés. Procedimiento quirúrgico escisional para extraer una muestra de tejido del cuello uterino en forma de cono para efectuar el análisis histopatológico. Puede ser diagnóstico o terapéutico (11-13).

Crioterapia: Procedimiento de tratamiento ablativo que consiste en aplicar una criosonda, disco metálico extremadamente frío (-20 a -40 °C) usando un gas (dióxido de carbono u óxido nitroso) sobre el cuello uterino para necrosar las áreas anormales, junto con áreas normales cubiertas, al ser sometidas a muy bajas temperaturas. Generalmente, es bien tolerada por la paciente y se asocia con un malestar leve solamente. Después de la crioterapia, el área necrosada se regenera como epitelio normal (8,14-19).

Detección temprana: Proceso que detecta (o diagnostica) la enfermedad en una fase temprana, cuando existe un alto potencial de curación (carcinoma in situ y lesión pre maligna de cuello uterino). Para la detección temprana existen dos procesos: diagnóstico temprano y tamizaje.

Diagnóstico definitivo: Proceso de identificación inequívoca de una anomalía: lesión pre-maligna o carcinoma in situ de cuello uterino, a través de un estudio histo-patológico.

Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA): Es un examen visual realizado con espéculo, en el que se usa ácido acético del 3 al 5% aplicado en el cuello uterino. La sensibilidad del IVAA varía de acuerdo al entrenamiento y práctica y se ha encontrado entre el 70% al 80% para detectar NIC 2 y lesiones más severas. La media de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo son 70%, 87%, 10% y 90%, respectivamente (10,20-25).

IPRESS Consultante: Institución Prestadora de Servicios de Salud ubicada principalmente en un área geográfica con limitaciones de acceso o capacidad resolutoria, y que cuenta con tecnologías de la información y de la comunicación (TIC), a fin de acceder a servicios de telemedicina de una o más IPRESS consultoras.

IPRESS Consultora: Institución Prestadora de Servicios de Salud registrada con el servicio de Telesalud en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – RENIPRESS, que cuenta con tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) y brinda servicios de Telemedicina a las IPRESS consultantes.

IVAA Negativa: IVAA: Inspección Visual con Ácido Acético. Ausencia de imagen acetoblanca en la inspección del cuello uterino, luego de la aplicación de ácido acético del 3 al 5% aplicado durante 1 minuto en el cuello uterino.

IVAA Positiva: Presencia de imagen acetoblanca en la inspección del cuello uterino, luego de la aplicación de ácido acético del 3 al 5% aplicado durante 1 minuto en el cuello uterino.

IVAA Sospecha de Cáncer: Presencia de imagen de lesión cervical proliferativa y/o sangrante y/o friable, con o sin antecedentes de sangramiento genital, en la inspección del cuello uterino, antes o luego de la aplicación de ácido acético del 3 al 5% aplicado durante 1 minuto en el cuello uterino.

Metaplasia escamosa: Transformación de un tipo de célula madura a uno diferente, es decir, es la conversión de una célula cilíndrica en una célula escamosa estratificada del epitelio del cuello uterino.



DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO MEDIANTE LA DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRE MALIGNAS INCLUYENDO CARCINOMA IN SITU

NIC: Corresponde a las siglas de Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC). Se refiere a la lectura de una muestra tisular o celular de cuello uterino con afectación del espesor del epitelio y la gravedad de la alteración celular puede ser NIC1 si es una displasia leve, NIC 2 si es una displasia moderada y NIC 3 si es una displasia severa y/o carcinoma in situ.

Nomenclatura citológica Bethesda: Es una nomenclatura creada para proporcionar información básica que permite estandarizar el reporte de la Citología cérvico-vaginal, creado en el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos de América en la ciudad de Bethesda. La utilizada es la versión vigente, del 2014.

Oferta fija: Es aquella constituida por los servicios de salud que se brindan en los establecimientos de salud, según niveles de atención.

Oferta Móvil/flexible: Está constituida por los servicios que se brindan, mediante desplazamiento de los recursos humanos y tecnológicos, al lugar donde se encuentra la población a atender. Es necesario señalar, que la oferta fija puede adoptar esta condición cuando desplaza sus recursos en el ámbito de su jurisdicción. Para la presente directiva, esta oferta móvil es para brindar atención de salud de prevención de cáncer de cuello uterino conformado por Médica/os, licenciadas/os en obstetricia, licenciadas/os en enfermería o técnicos de enfermería.

Papanicolaou (PAP): Es un examen citológico generalmente del cuello uterino en el que se "frota" con un cepillo o espátula la zona de transformación del cuello uterino. La sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo son 70%, 96%, 17% y 95%, respectivamente (10,26-30).

PAP positivo: Resultado del estudio citológico que informa: probable infección por virus del papiloma humano, ASC-US, ASC-H, AGC, LIE BG, LIE AG o carcinoma.

PAP positivo de Alto Riesgo: Resultado del estudio citológico que informa: ASC-H, AGC, LIE AG o carcinoma.

PAP positivo de Bajo Riesgo: Resultado del estudio citológico que informa: probable infección por virus del papiloma humano, ASC-US o LIE BG.

PAP negativo: Resultado del estudio citológico que informa: negativa para lesiones intra epiteliales de cuello uterino.

Pruebas moleculares para la detección del Virus del Papiloma Humano (PM-VPH): Pruebas que analizan la presencia de secuencias de ADN viral del VPH. Lo que buscan es detectar infecciones por VPH de alto riesgo persistentes que son las que se asocian con LIE AG o cáncer micro invasivo, estadio Ia. La sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo es 95%, 84%, 10% y 99%, respectivamente. (14, 27, 31, 35)

Pueblos indígenas u originarios: Es aquel pueblo que descende de poblaciones que habitaban en el país antes de la época de la Colonia y que, cualquiera sea su situación jurídica, conserve todas o parte de sus instituciones sociales, económicas y políticas y que, además, se auto reconoce como tal.

Sospecha de cáncer: Presencia de tumoración macroscópica en la inspección del cuello uterino sin aplicación de ácido acético.

Tamizaje: Proceso de detección temprana de individuos asintomáticos y aparentemente sanos.

Teleapoyo al diagnóstico: Es el servicio de apoyo al diagnóstico a distancia mediante el uso de las TIC, en el proceso de atención al paciente, incluye diagnóstico por imágenes, patología clínica, anatomía patológica, entre otros.

Tratamiento: Proceso que se ocupa de los medios empleados (higiénicos, farmacológicos, ablativos, quirúrgicos u otros) y la forma de aplicarlos para aliviar los síntomas o para producir la curación.



DIRECTIVA SANITARIA N° 085 -MINS-2019-DGIESP
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO MEDIANTE LA DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRE MALIGNAS INCLUYENDO CARCINOMA IN SITU

Tratamiento ablativo: Procedimiento que elimina las áreas precancerosas del cuello uterino mediante ablación, pudiendo ser por congelación (crioterapia) o por termocoagulación (electroquirúrgico o laser) (11).

Tratamiento escisional: Procedimiento quirúrgico escisional de remoción de las áreas anormales del cuello uterino, que procura extraer la lesión y toda la zona de transformación. Esta técnica tiene un doble fin: extraer la lesión (es decir tratar la lesión precancerosa y carcinoma in situ) y, con el estudio de tejido extraído, se precisa la extensión y gravedad de la lesión (12,26-31). Puede ser: cono frío o cono LEEP (11).

“Ver y tratar”: O enfoque de “tamizaje y tratamiento” es aquel en el que la decisión sobre el tratamiento se basa en un procedimiento de detección visual (IVAA) con sospecha de lesión cervical, sin comprobación diagnóstica histopatológica y el tratamiento se dispensa con prontitud o, idealmente, de inmediato tras un IVAA positiva. Enfoque propuesto por la OMS cuando no hay acceso de calidad a PM-VPH, PAP ni colposcopia (36-39).

Virus del Papiloma Humano (VPH): Virus relacionado a la etiología de cáncer de cuello uterino.

Zona de transformación: Área del cérvix, de metaplasia escamosa que se encuentra entre la unión escamo columnar antigua y la nueva.

5.2. El tamizaje para el cáncer de cuello uterino se realiza a todas las mujeres de 25 a 64 años, en los Establecimientos de Salud del MINS- y de los Gobiernos Regionales. Esta actividad es financiada por el Programa Presupuestal 0024 “Prevención y Control del Cáncer”, se realiza en forma gratuita para las aseguradas al Seguro Integral de Salud, y aquellas mujeres que no cuentan con algún tipo de seguro.

5.3. La población objetivo requiere ser atendida teniendo en cuenta la existencia de los factores de riesgo para el desarrollo de lesiones pre malignas y carcinoma in situ de cuello uterino:

- Ausencia de tamizaje o tamizaje inadecuado.
- Infección por virus de papiloma humano, coinfección por Chlamydia y/o Herpes simple 2.
- Inicio precoz de relaciones sexuales (antes de los 16 años de edad).
- Tener varias parejas sexuales (2 o más).
- Tener una pareja sexual que ha tenido o tiene muchas parejas sexuales.
- No uso de preservativo (condón).
- Antecedentes y/o Infecciones de transmisión sexual.
- Multiparidad (cuatro o más gestaciones).
- Tabaquismo (fumadora activa o pasiva).
- Inmunodeficiencia.



5.4. Los procedimientos de tamizaje, son:

- Para detección de lesión o sospecha de lesión en el cuello uterino: Papanicolaou (PAP) e Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA).
- Para detección de la infección por Virus de Papiloma Humano (VPH): Prueba molecular de Virus de Papiloma Humano (PM-VPH).

Estas actividades se realizan en los Establecimientos de Salud del MINS- y de los Gobiernos Regionales, y es financiada por el Programa Presupuestal 0024 “Prevención y



DIRECTIVA SANITARIA N° 0 85 -MINSA-2019-DGIESP
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO MEDIANTE LA DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRE MALIGNAS INCLUYENDO CARCINOMA IN SITU

Control del Cáncer”, se realiza en forma gratuita para las aseguradas al Seguro Integral de Salud, y aquellas que no cuentan con algún tipo de seguro.

5.5. Los procedimientos para el manejo de lesiones pre malignas y diagnóstico son:

- o Procedimiento de ablación o escisional.
- o Colposcopia o Teleapoyo al diagnóstico y biopsia dirigida.
- o Biopsia de lesiones identificadas clínicamente.

Estas actividades se realizan en los Establecimientos de Salud del MINSA y de los Gobiernos Regionales, y es financiada por el Programa Presupuestal 0024 “Prevención y Control del Cáncer”, se realiza en forma gratuita para las aseguradas al Seguro Integral de Salud, y aquellas que no cuentan con algún tipo de seguro.

5.6. La técnica para ejecutar los procedimientos de PM-VPH, PAP, IVAA se realiza con un equipamiento básico, acorde con el nivel resolutivo correspondiente.

PM - VPH	PAP	IVAA
- Camilla ginecológica en buen estado y escalinata.	- Camilla ginecológica en buen estado y escalinata.	- Camilla ginecológica en buen estado y escalinata.
- Lámpara flexible de pie operativo con luz blanca de 100w o similar equivalente.	- Lámpara flexible de pie operativo con luz blanca de 100w o similar equivalente.	- Lámpara flexible de pie operativo con luz blanca de 100w o similar equivalente.
- Taburete de acero inoxidable con asiento giratorio rodable.	- Taburete de acero inoxidable con asiento giratorio rodable.	- Taburete de acero inoxidable con asiento giratorio rodable.
- Espéculo de Graves o descartables (80% medianos y 20% grandes).	- Espéculo de Graves o descartables (80% medianos y 20% grandes).	- Reloj de pared con manecillas.
- Kit de la prueba de Detección molecular de VPH (viales para muestra y citocepillo).	- Espátulas de Ayre.	- Espéculo de Graves o descartables (80% medianos y 20% grandes).
- Guantes Descartables.	- Citocepillos.	- Hisopos largos de madera con torunda de algodón (grande).
- Bata para la paciente.	- Hisopos largos de madera con torunda de algodón (pequeño).	- Torundas de algodón.
- Solera y sábana para la camilla.	- Lámina portaobjeto de vidrio Biselada.	- Ácido acético al 3-5% o vinagre blanco.
- Mesa de acero para insumos.	- Lápiz punta de diamante.	- Guantes Descartables.
- 02 Cubetas de acero (para residuos biológicos y comunes).	- Caja para colocar y fijar láminas.	- Bata para la paciente.
	- Alcohol Etilico Al 96% (Citofijador).	- Solera y sábana para la camilla.
	- Guantes Descartables.	- Mesa de acero para insumos.
	- Bata para la paciente.	- 02 Cubetas de acero (para residuos biológicos y comunes).
	- Solera y sábana para la camilla.	
	- Mesa de acero para insumos.	
	- 02 Cubetas de acero (para residuos biológicos y comunes).	



G. Rosell



DIRECTIVA SANITARIA N° 085 -Minsa-2019-DGIESP
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO MEDIANTE LA DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRE MALIGNAS INCLUYENDO CARCINOMA IN SITU

- 5.7. Las usuarias que presenten las siguientes condiciones, no son candidatas a los procedimientos de detección temprana:
- Al examen clínico se evidencia una lesión macroscópica. Deben ser referidas a un establecimiento de salud con capacidad resolutoria para realizar una biopsia en un plazo máximo de 3 días en zonas urbanas, 10 días en zonas urbano-marginales y hasta 15 días en zonas rurales, por accesibilidad.
 - La mujer que no ha iniciado relaciones sexuales.
 - La mujer que ha sido operada de histerectomía total no asociada a cáncer de cérvix o pre-cáncer.
 - La mujer que ha sido tratada por cáncer de cuello uterino o lesión pre-maligna/carcinoma in situ y que está en seguimiento.
- 5.8. En toda mujer gestante se utiliza el PAP como procedimiento de tamizaje dentro de su Atención Prenatal (APN), según normatividad vigente. No corresponde realizar PM – VPH ni IVAA.
- 5.9. En todas las mujeres en edad fértil que viven con Virus de Inmunodeficiencia Humana (MVVIH), son sujetas a tamizaje a través del PAP (preferente) o IVAA de manera anual. No se realiza la PM – VPH. En aquellas con diagnóstico inicial, el tamizaje con PAP se realizará secuencialmente a los 6 y 12 meses respectivamente.
- 5.10. En poblaciones indígenas u originarias, así como las excluidas, la prevención primaria es la principal estrategia a implementar por la Autoridad Nacional de Salud en coordinación con la Diresa/GERESA correspondiente, según normatividad vigente; y se incluirá de manera excepcional la vacunación VPH en hombres de 9 a 13 años de edad.
- 5.11. La elección del tamizaje en casos de contar con todos estos procedimientos para su aplicación a la población objetivo, corresponde según grupos etarios:

Procedimiento	Población objetivo	Consideraciones en caso de coexistencia
PM – VPH	Mujer de 30 a 49 años.	La implementación territorial de la PM – VPH se realizará de forma progresiva según disponibilidad presupuestal. La IVAA es una buena estrategia para ampliar cobertura de tamizaje en cáncer de cuello uterino a corto plazo.
PAP	Mujer de 25 a 64 años. Gestante. Mujer viviendo con VIH.	
IVAA	Mujer de 30 a 49 años.	



- 5.12. La colposcopia es un procedimiento que es realizado por la/el médico especialista en ginecología y obstetricia o médico cirujano capacitado por el Ministerio de Salud:
- Cuando hay resultado de “anormalidad” o “positividad” de alguno de los procedimientos de detección temprana de cáncer de cuello uterino.
 - Cuando exista el hallazgo clínico sospechoso de lesión pre maligna o carcinoma in situ y/o sangrado post coital o intermenstrual.



DIRECTIVA SANITARIA N° 085 -Minsa-2019-DGIESP
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO MEDIANTE LA DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRE MALIGNAS INCLUYENDO CARCINOMA IN SITU

- 5.13. Ante el hallazgo de lesión sospechosa por la colposcopia, se debe realizar una biopsia dirigida.
- 5.14. El teleapoyo al diagnóstico consiste en la transmisión sincrónica o asincrónica de imágenes (video o foto) de una colposcopia desde una IPRESS Consultante hacia una IPRESS Consultora para la lectura e interpretación de estos estudios.
- 5.15. Las evaluaciones médicas hechas con el teleapoyo al diagnóstico son solicitadas por las IPRESS consultantes, y respondidas por las IPRESS consultoras que brindan el servicio.
- 5.16. Las evaluaciones médicas hechas con teleapoyo al diagnóstico aplican bajo los mismos criterios diagnósticos de la colposcopia tradicional, como se estipula en el numeral 5.12.
- 5.17. La prevención del cáncer de cuello uterino mediante la detección temprana y tratamiento de lesiones pre-malignas incluyendo carcinoma in situ, a nivel operativo en el conjunto de actividades intramural y extramural del establecimiento de salud, son parte de la atención integral que se ofertarán de manera integrada en un solo paquete de atención integral al individuo y familia.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.

6.1 ORGANIZACIÓN:

6.1.1 El jefe o responsable del establecimiento de salud de acuerdo a la actividad que le corresponde, realiza las gestiones para:

- Capacitación del Personal de Salud, respecto a consejería, tamizaje y manejo de lesiones pre malignas.
- Dotación de materiales, insumos y equipamiento necesario para la prevención y control del cáncer de cuello uterino.
- Entrega de las prestaciones que contribuyan a la reducción, prevención y control del cáncer de cuello uterino.
- Registro de las actividades de prevención primaria y secundaria en la historia clínica (física o electrónica).
- Asegurar que las actividades que se realicen deben alinearse a las normas de buenas prácticas de bioseguridad, según la normatividad vigente.
- Cumplir con los lineamientos para la adecuada gestión y manejo de residuos sólidos, según la normatividad vigente.



6.1.2 Del Proceso de captación de mujeres.

- a) La captación de mujeres por etapa de vida, se realiza a nivel intramural y extramural en los establecimientos de salud que tiene población asignada y, solamente, a nivel intramural en los establecimientos de salud sin población asignada. Se considera que:
- A nivel intramural: El personal de salud que presta servicios en el área de admisión, triaje o el que haga sus veces del establecimiento de salud, debe realizar la captación que toda mujer de acuerdo con su curso de vida, que acude por cualquier motivo de atención o como acompañante, y debe recibir las



DIRECTIVA SANITARIA N° 085 - MINSA-2019-DGIESP
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO MEDIANTE LA DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRE MALIGNAS INCLUYENDO CARCINOMA IN SITU

prestaciones según corresponda. Así mismo el personal de salud que es responsable de las actividades vacunación VPH, así como de tamizaje deberá asegurar y desarrollar actividades de educación para la salud a las mujeres que están en el establecimiento de salud (las atendidas y sus acompañantes) para que se realicen los procedimientos de detección temprana de cáncer de cuello uterino, y los hombres para que contribuyan e incentiven a las mujeres a realizarse estos procedimientos de detección temprana de cáncer de cuello uterino, además:

- En el establecimiento de salud con población asignada, a las mujeres que están siendo atendidas y sus acompañantes mujeres, para que éstas accedan a los procedimientos de tamizaje de cáncer de cuello uterino en el mismo establecimiento de salud o referidas al más cercano.
 - En el establecimiento de salud sin población asignada, a las mujeres que están siendo atendidas en consulta ambulatoria y/o hospitalización, debiendo acceder a los procedimientos de detección temprana en el mismo establecimiento de salud o referidas al más cercano donde se brinde los procedimientos de tamizaje. A los acompañantes se brinda educación para la salud con énfasis en el tamizaje del cáncer para que las mujeres acudan al establecimiento de salud que le corresponde y se realicen los procedimientos de tamizaje; y a los hombres para que incentiven y/o acompañen a las mujeres a que se realicen estos procedimientos.
- A nivel extramural el personal de salud se organiza como equipo multidisciplinario de salud para integrar las diferentes actividades extramurales que tienen a su cargo como establecimiento de Salud, en beneficio del incremento en la difusión y captación de mujeres por ciclo de vida que requieran intervenciones de prevención primaria o secundaria, para la reducción, prevención y control de cáncer de cuello uterino. Asimismo, utilizarán estrategias con enfoque basado en la familia y comunidad para educar a las mujeres y sus familiares en prácticas saludables con énfasis en el autocuidado de su salud y detección temprana, orientándolas a acudir al establecimiento de salud de su jurisdicción. Por otro lado, se trabajará con las diferentes instituciones de la jurisdicción (municipalidad, instituciones educativas, organizaciones sociales, instituciones religiosas, entre otras) para realizar acciones de comunicación social que incluye campañas, difusión, ferias, movilización social, concursos interescolares, entre otros.
- b) La captación de población objetivo, la desarrolla todo el personal de salud como equipo multidisciplinario, capacitado en ello.

6.2 PREVENCIÓN PRIMARIA

6.2.1 De la consejería integral para la prevención y control del cáncer

- a) El/la coordinador/a de las actividades de prevención y control de cáncer es responsable, de planificar, desarrollar y organizar al personal involucrado.
- b) La consejería integral para la prevención y control del cáncer es una intervención específica para la prevención de los factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino. Se tiene que fortalecer el cambio de conducta si hubiese factores de riesgo, para la prevención y eliminación del riesgo. Este proceso de prevención primaria está a cargo del equipo multidisciplinario de salud capacitado.



DIRECTIVA SANITARIA N° 085-MINSA-2019-DGIESP
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO MEDIANTE LA DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRE MALIGNAS INCLUYENDO CARCINOMA IN SITU

Categoría	Población Objetivo	Servicio a través del cual se brinda	Personal de salud responsable	Contenidos de la consejería integral
AISPED EESS con población asignada.	Mujeres de 18 a 75 años, población aparentemente sana. Énfasis en mujeres con tamizaje para cáncer de cuello uterino negativo.	Medicina General. Medicina interna u otras especialidades. Ginecología y Obstetricia. Planificación Familiar. Inmunizaciones. Medicina Familiar (cuando hay en EESS). Módulo de consejería.	Coordinador/a de prevención y control de cáncer. Médico especialista en: Ginecología y obstetricia. Medicina familiar y comunitaria. Medicina interna o Médico cirujano, o Licenciadas/os en: obstetricia, enfermería, entre otros, así como técnicos de salud capacitados.	Medidas de prevención de cáncer: <ul style="list-style-type: none"> • Vacunación VPH • Tamizaje • Uso del preservativo • Evitar consumo de tabaco Importancia de la realización de examen clínico, pruebas de tamizaje de acuerdo a la edad y pruebas de detección temprana. Evitar conductas de riesgo. Promover la vacunación contra el Virus del papiloma humano.

c) El componente de tele-capacitación y tele-educación e información a la comunidad son herramientas de telesalud válidos para usar como estrategia de difusión y captación de las mujeres, siempre y cuando se realicen por canales institucionales.

6.2.2 De la Vacuna contra Virus de Papiloma Humano (VPH):

- El/la director(a) o gerente de la DIRESA/GERESA, DIRIS o RED y el jefe de EESS gestiona el abastecimiento, seguimiento y vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH).
- Las acciones de vacunación son responsabilidad del personal de salud asistencial involucrado en la Atención Integral de Salud de toda niña y adolescente, según normatividad vigente.
- Se realiza las actividades referentes a la vacunación de acuerdo a la Norma Técnica de Salud N° 141-2016 MINSA/DGIESP-V.04: "Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación" vigente o la que haga sus veces, la cual establece las indicaciones para la vacunación contra el VPH.

Vacuna contra el virus de Papiloma Humano (VPH)	
Población Objetivo	Niñas/adolescente de 5to grado de primaria regular de instituciones educativas públicas y privadas. Niñas de 9 años hasta los 13 años 11meses y 29 días, que por alguna razón no estén estudiando.



G. Rosell



DIRECTIVA SANITARIA N° 085-MINSA-2019-DGIESP
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO MEDIANTE LA DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRE MALIGNAS INCLUYENDO CARCINOMA IN SITU

- d) En mujeres viviendo con VIH menores de 20 años con PM-VPH negativo, podrán recibir la vacunación de acuerdo a la evaluación de su estado inmunológico, el cual está a cargo del Médico especialista tratante.

6.3 DE LA PREVENCIÓN SECUNDARIA

6.3.1 De los procedimientos de tamizaje

6.3.1.1 De la PM – VPH (Anexo 2)

- a) La PM - VPH debe contemplar primordialmente la genotipificación de los serotipos de alto riesgo, 16 y 18 del VPH. La toma de la muestra cérvico vaginal se realiza en el primer nivel de atención, y las muestras recolectadas son trasladadas al Laboratorio del ámbito de la Región para el procesamiento y lectura respectiva.
- b) La población que accede a la PM - VPH son las mujeres de 30 a 49 años.
- c) La responsabilidad de la toma de la muestra de la PM - VPH es en el siguiente orden: médico especialista en ginecología y obstetricia, médico especialista en medicina familiar, médico cirujano, licenciada/o en obstetricia y, cuando no hubiere ningún de ellos, por licenciada/o en enfermería; todos ellos capacitados por el Ministerio de Salud. con excepción del primero.
- d) Una vez realizada la toma de la muestra, la conservación y el traslado deben ser realizados dentro de las dos semanas, a temperatura ambiente (15 a 30°C), evitando golpes y exposición a otras sustancias.
- e) El jefe de la unidad de Laboratorio, o el que haga sus veces, del establecimiento de salud que procesa y/o realiza el estudio de las muestras, es responsable de la emisión de los resultados, en un plazo de catorce días calendario una vez recibida la muestra, al establecimiento de salud donde se realizó el procedimiento de detección temprana. Es financiado por el Programa presupuestal 0024 "Prevención y Control del Cáncer".

6.3.1.2 Del PAP (Anexo 3)

- a) La responsabilidad de la toma de la muestra de citología cérvico vaginal es en el siguiente orden: médico especialista en ginecología y obstetricia o médico especialista en medicina familiar o médico cirujano, licenciada/o en obstetricia y, cuando no hubiere ningún de ellos, por licenciada/o en enfermería; todos ellos capacitados por el Ministerio de Salud con excepción del primero. Según el procedimiento detallado en el Anexo 4.
- b) La responsabilidad de la lectura de la muestra de citología cérvico vaginal es de la/el médico especialista en anatomía patológica para el diagnóstico y la/el tecnóloga/o médico en laboratorio clínico para el filtrado inicial de las muestras (tamizaje). La lectura se realiza en los Laboratorios acreditados por el Instituto Nacional de Salud.
- c) La población que accede a la citología cérvico vaginal son las mujeres de 25 a 64 años, mujeres viviendo con VIH, gestantes.
- d) El material de muestra extraído de citología cérvico vaginal, el listado de mujeres y las solicitudes de estudio citológico deben ser remitidos a los establecimientos de salud que cuente con laboratorios que desarrollen estudios de citología para el PAP, con personal de salud acreditado por el Instituto Nacional de Salud del Ministerio de Salud en lectura de citológica cérvico vaginal.
- e) El material de muestra extraído del PAP deben tener las iniciales de la mujer en letra legible y el número de identificación de mujer (DNI o equivalente) tanto si es manuscrito o en formato electrónico (listado nominal).



DIRECTIVA SANITARIA N° 085 -Minsa-2019-DGIESP
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO MEDIANTE LA DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRE MALIGNAS INCLUYENDO CARCINOMA IN SITU

- f) La conservación y el traslado debe ser realizado dentro de los treinta días calendario una vez realizada la toma de la muestra, a temperatura ambiente (15 a 30°C), evitando golpes y exposición a otras sustancias.
- g) La/el médico jefe de la Unidad de Citología o de Anatomía Patológica del establecimiento de salud donde se procesa y/o realiza el estudio de las muestras, es responsable de la emisión de los resultados, en un plazo de catorce días calendario una vez recibida la muestra, al establecimiento de salud donde se realizó el procedimiento de detección temprana.
- h) Los resultados de PAP positivo de alto riesgo, se entregan, en un tiempo no mayor a 72 horas al establecimiento de salud donde se realizó el procedimiento de tamizaje.
- i) En caso de muestra insuficiente o citología no satisfactoria, se registra el motivo del rechazo y se cita a la mujer para nueva toma de muestra en un plazo máximo de 30 días calendario.

6.3.1.3 De la IVAA (Anexo 5)

- a) La responsabilidad de la realización de la IVAA es en el siguiente orden: médico especialista en ginecología y obstetricia, médico especialista en medicina familiar, médica/o cirujano, licenciada/o en obstetricia y, cuando no hubiere ninguno de ellos, por licenciadas en enfermería; todos ellos capacitados por el Ministerio de Salud con excepción del primero. Según el procedimiento detallado en el Anexo 6.
- b) La población que accede a la IVAA son las mujeres de 30 a 49 años, mujeres viviendo con VIH.

6.3.2 De la entrega y seguimiento a los resultados de los procedimientos de tamizaje.

6.3.2.1 Del PAP negativo, PAP positivo de bajo grado y PM – VPH negativo

- a) Una vez el profesional del establecimiento de salud donde se realizó el procedimiento de tamizaje recibe el resultado del mismo, entrega el resultado y brinda las recomendaciones a la mujer. Para los PAP negativo, PAP positivo de bajo grado y PM – VPH negativo en un tiempo no mayor a 30 días calendarios.
- b) La mujer con resultado negativo se tamiza de acuerdo a la periodicidad recomendada, según el procedimiento de detección temprana utilizado:

Procedimiento	Periodicidad de control luego de resultado negativo.
PM – VPH	Cada 5 años.
PAP	Cada 2 años.
IVAA	Cada 2 años.

Nota: Para el caso de la población indígena u originaria, mujer viviendo con VIH la frecuencia es anual.

- c) La mujer con resultado PAP positivo de bajo grado – LIEBG (NIC 1), se tamiza anualmente por 3 años.

6.3.2.2 Del PAP y PM VPH positivos (Anexo 2, 3 y 4)

- a) El jefe o responsable del establecimiento de salud, o el que haga sus veces en esta función, donde el profesional de salud realizó el procedimiento de tamizaje, designa al responsable de realizar la ubicación de la paciente para la entrega del resultado cuando el resultado de PAP es positivo de alto



DIRECTIVA SANITARIA N° 085-MINSA-2019-DGIESP
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO MEDIANTE LA DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRE MALIGNAS INCLUYENDO CARCINOMA IN SITU

grado o la PM – VPH es positivo, lo que debe darse en zonas urbanas en menos de tres días calendarios y en zonas no urbanas en no más de siete días calendarios una vez recibido el resultado en el establecimiento de salud.

b) A las pacientes con PAP positivo de alto grado o PM - VPH positiva (serotipo 16 o 18) se les debe realizar una colposcopia (con biopsia dirigida de encontrarse lesión) en menos de 30 días calendario una vez entregado el resultado, sea en el establecimiento de salud donde está siendo atendida o en el establecimiento de salud donde sea referida, según cartera de servicios requerida.

6.3.2.3 De la IVAA positiva (Anexo 5 y 6)

A las pacientes con IVAA positiva se les debe realizar una colposcopia dentro de los 30 días de encontrado ese hallazgo; en caso no sea viable esa opción se debe proceder a la terapia ablativa, con el enfoque de "ver y tratar"

6.3.3 De los procedimientos de tratamiento: ablativo y escisional.

- a) Todo tejido extirpado del cuello uterino, por indicio de una lesión, debe enviarse al laboratorio de histopatología para su estudio.
- b) El procedimiento de colposcopia o Teleapoyo al diagnóstico con o sin biopsia y los de tratamiento ablativo o escisional se realizan previo consentimiento informado de la paciente (Anexo 7).

6.3.3.1 Del tratamiento ablativo

- a) El enfoque de "ver y tratar" es aplicable con la IVAA.
- b) El tratamiento ablativo debe ser realizada por la/el médico capacitado por el Ministerio de Salud, siempre y cuando se cumpla con los siguientes criterios:
 - o Toda la lesión (límites) y la unión escamoso-cilíndrica son visibles.
 - o La lesión visible no cubre más de las tres cuartas partes del exocérvix.
 - o No hay lesión visible en el conducto endocervical.
 - o Lesión no sospechosa de cáncer.
- c) Antes de la ejecución del tratamiento ablativo se debe realizar una biopsia de cuello uterino, la cual no retrasará el tratamiento. Esta actividad está a cargo del Médico capacitado, y es financiado por el Programa presupuestal 0024 "Prevención y Control del Cáncer".

6.3.3.2 Del tratamiento escisional

El tratamiento escisional debe ser realizada según el resultado de la biopsia por la/el médico especialista en ginecología oncológica, o cirugía oncológica o ginecología y obstetricia; y, cuando no hubiere ninguno de ellos, por la/el médico especialista en medicina familiar y comunitaria o médica/o cirujano capacitado por el Ministerio de Salud.

6.3.4 Del tratamiento y seguimiento de lesiones pre-malignas incluyendo el carcinoma in situ

- a) El tratamiento de las pacientes con lesión pre maligna en cuello uterino se realiza en los establecimientos de salud con capacidad resolutive para realizar la colposcopia o teleapoyo al diagnóstico y biopsia dirigida.
- b) El tratamiento de las pacientes con carcinoma in situ se realiza en los establecimientos de salud con capacidad resolutive para realizar conización.



DIRECTIVA SANITARIA N° 0 85 -Minsa-2019-DGIESP
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO MEDIANTE LA DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRE MALIGNAS INCLUYENDO CARCINOMA IN SITU

- c) La biopsia de cuello uterino de lesión sospechosa por colposcopia para lesión pre maligna incluyendo carcinoma in situ, puede ser: Biopsia negativa (benigna), NIC 1 (LIEBG), NIC 2 (LIEAG), NIC 3 (LIEAG), o lesión mayor.

6.3.4.1 Biopsia negativa (“normal”)

La paciente con resultado de la biopsia de cuello uterino negativa (“normal”), no requiere tratamiento y se controla según corresponda a los procedimientos de detección temprana como parte de la población objetivo en el establecimiento de salud estipulados en la presente directiva sanitaria.

6.3.4.2 NIC 1 - LIEBG (Displasia Leve)

a) La paciente con resultado de biopsia de cuello uterino NIC 1, no requiere tratamiento y se controla según corresponda a los procedimientos de detección temprana como parte de la población objetivo en el establecimiento de salud estipulado en la presente directiva.

b) El seguimiento y control post tratamiento de paciente con NIC 1 debe ser realizado por médico cirujano especialista o médico cirujano; durante 3 años, con evaluaciones anuales de PAP. Si el resultado es PAP negativo, se controla según corresponda a los procedimientos de detección temprana como parte de la población objetivo en el establecimiento de salud estipulados en la presente directiva.

c) En caso de persistencia al año, recurrencia o progresión a lesión mayor, se indica tratamiento ablativo o escisional, según criterio médico.

6.3.4.3 NIC 2 - LIEAG (Displasia Moderada)

a) Del tratamiento:

- La paciente con resultado NIC 2 se trata con tratamiento escisional o ablativo.
- En mujeres gestantes con resultado de NIC 2 se reevalúan 8 semanas después del parto y se procede según resultado.
- En el caso de realizada la terapia ablativa, con el enfoque “ver y tratar” y cuya biopsia (tomada previamente) resultara NIC 2, la paciente se controla según corresponda a los procedimientos de detección temprana como parte de la población objetivo en el establecimiento de salud estipulados en la presente directiva.

b) Del seguimiento:

- Debe realizarse colposcopia o teleapoyo al diagnóstico y biopsia de encontrarse lesión.
- Controles PAP anual por 20 años. De tener disponibilidad de la PM VPH, se realizará el seguimiento a los 12 meses y luego cada 3 y 5 años en adelante, por 20 años.
- En mujeres gestantes, portadoras de VIH y jóvenes (<25 años) sin paridad satisfecha se procederá según la evaluación del médico especialista.
- Cuando persiste o recurre el resultado de NIC 2 o progresa a lesión mayor, está indicado realizar como LEEP, como frío o histerectomía, cuando a criterio de la/el médico especialista lo defina, según características individuales.

6.3.4.4 NIC 3 - LIEAG (Displasia Severa o Carcinoma in situ)

a) Del tratamiento:



G. Rosell



DIRECTIVA SANITARIA N° 085 -Minsa-2019-DGIESP
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO MEDIANTE LA DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRE MALIGNAS INCLUYENDO CARCINOMA IN SITU

- La paciente con resultado NIC 3 se trata con terapia escisional. En caso de recurrencia o persistencia se refiere a la/el médico especialista en ginecología-oncológica o cirugía oncológica o ginecología y obstetricia, para evaluación y manejo correspondiente (conización o histerectomía).
 - Las mujeres gestantes con resultado de NIC 3 se reevalúan 8 semanas después del parto y se procede según resultado.
 - En el caso de realizada la terapia ablativa, con el enfoque “ver y tratar” y cuya biopsia (tomada previamente) resultara NIC 3, la paciente debe ser reevaluada y/o referida a la/el médico especialista en ginecología-oncológica o cirugía oncológica o ginecología y obstetricia para evaluación y manejo correspondiente (conización o histerectomía).
- b) Del seguimiento:
- Debe realizarse colposcopia o teleapoyo al diagnóstico y biopsia de encontrarse lesión.
 - Controles PAP anual por 20 años. De tener disponibilidad de la PM VPH, se realizará el seguimiento a los 12 meses y luego cada 3 y 5 años en adelante, por 20 años.
 - En mujeres gestantes, portadoras de VIH y jóvenes (<25 años) sin paridad satisfecha se procederá según la evaluación del médico especialista.
 - Cuando persiste o recurre NIC 3 o progresa a lesión mayor, está indicado realizar cono o histerectomía, según criterio de la/el médico especialista en ginecología-oncológica o cirugía oncológica o ginecología y obstetricia.

6.3.5 De los registros de los procedimientos de detección temprana

- a) Los datos de la paciente y hallazgos de los procedimientos de detección temprana de lesiones pre malignas y carcinoma in situ realizado se consignan en los formatos correspondientes (Anexo 8).
- b) En los establecimientos de salud donde el profesional de salud realiza los procedimientos de detección temprana identifica y registra a la mujer en la historia clínica (manuscrita o electrónica), realizando el registro nominal vinculado a un número de documento de identidad (DNI, carnet de extranjería, pasaporte, documento de identidad extranjero) según la IEDS 003, así como en el HIS MINSA, siempre preservando y protegiendo la información personal.
- c) En los establecimientos de salud donde se realiza la lectura de las muestras, ingresa el resultado del PAP y prueba molecular de VPH en la base de datos del sistema de información vigente (por ejemplo: Netlab), en no más de 7 días según el procedimiento.
- d) En los establecimientos de salud que cuentan con Sistemas de Información de Historia Clínica Electrónica, el profesional de la salud del establecimiento de salud donde se realizó el procedimiento de detección temprana podrá acceder a los resultados, con autorización del paciente. De no contar con Sistemas de información, los resultados deberán ser impresos.
- e) Los datos de las mujeres son sujetos al derecho a la reserva y confidencialidad según la normativa vigente.

6.3.6 Gestión de los indicadores (Anexo 9)

El monitoreo y asistencia técnica para el cumplimiento de los indicadores, está a cargo del nivel nacional y regional. El nivel local a través de los diferentes



DIRECTIVA SANITARIA N° 085 - MINSA-2019-DGIESP
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO MEDIANTE LA DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRE MALIGNAS INCLUYENDO CARCINOMA IN SITU

establecimientos de salud debe implementar cada una de las actividades para el cumplimiento de los indicadores.

VII. RESPONSABILIDADES.

7.1 NIVEL NACIONAL

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección de Prevención y Control del Cáncer de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública es responsable de la difusión de la presente Directiva Sanitaria hasta el nivel regional, así como brindar asistencia técnica y supervisar su cumplimiento.

7.2 NIVEL REGIONAL

Las DIRIS, DIRESA/GERESA son responsables de la difusión a las Redes de Salud y Hospitales de sus correspondientes jurisdicciones, así como de la capacitación, sostenibilidad y supervisión del cumplimiento de la presente Directiva Sanitaria. Son responsables de la implementación, en lo que les compete, de la de infraestructura, equipamiento y recursos humanos para el cumplimiento de la presente directiva.

7.3 NIVEL LOCAL

Las Redes Integradas de Salud y los establecimientos de salud correspondientes, son responsables de la aplicación y cumplimiento de la presente Directiva Sanitaria, en su ámbito en lo que corresponda.

VIII. ANEXOS.

Anexo 1.- Acrónimos.

Anexo 2.- Flujograma específico de tamizaje de lesión pre maligna incluyendo carcinoma in situ considerando la PM - VPH.

Anexo 3.- Flujograma específico de tamizaje de lesión pre maligna incluyendo carcinoma in situ considerando el PAP.

Anexo 4.- Procedimiento para la toma de muestra del PAP.

Anexo 5.- Flujograma específico de tamizaje de lesión pre maligna incluyendo carcinoma in situ considerando la IVAA.

Anexo 6.- Procedimiento para la Inspección Visual de Ácido Acético (IVAA).

Anexo 7.- Formato de consentimiento informado para los procedimientos de colposcopia o teleapoyo al diagnóstico y biopsia, tratamiento ablativo y tratamiento escisional.

Anexo 8.- Formatos de registro de datos y hallazgos para los procedimientos de PAP, IVAA, colposcopia, tratamiento ablativo y tratamiento escisional.

Anexo 9.- Indicadores



DIRECTIVA SANITARIA N° 085 -Minsa-2019-DGIESP
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO MEDIANTE LA DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRE MALIGNAS INCLUYENDO CARCINOMA IN SITU

Anexo 1.- Acrónimos.

AGC: Corresponde a las siglas en inglés de Atypical Glandular Cells (AGC), de la nomenclatura citológica de Bethesda que equivale a células glandulares atípicas (1).

AGC-NOS: Corresponde a las siglas en inglés de Atypical Glandular Cells-Not otherwise specific (AGC-NOS), de la nomenclatura citológica de Bethesda que equivale a células glandulares atípicas significado indeterminado (1).

AGC-FN: Corresponde a las siglas en inglés de Atypical Glandular Cells-favoring neoplasia (AGC-FN), de la nomenclatura citológica de Bethesda que equivale a células glandulares atípicas que favorece la neoplasia (1).

ASC: Corresponde a las iniciales de Atypical Squamous Cells (ASC), de la nomenclatura citológica de Bethesda que equivale a células escamosas atípicas (1).

ASC-H: Corresponde a las iniciales de Atypical Squamous Cells Cannot exclude High grade squamous intraepitelial (ASC-H), de la nomenclatura citológica de Bethesda que equivale a células atípicas escamosas de significado indeterminado que no excluyen lesión de alto grado (1).

ASC-US: Corresponde a las iniciales de Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance (ASC-US), de la nomenclatura citológica de Bethesda que equivale a células atípicas escamosas de significado indeterminado (1).

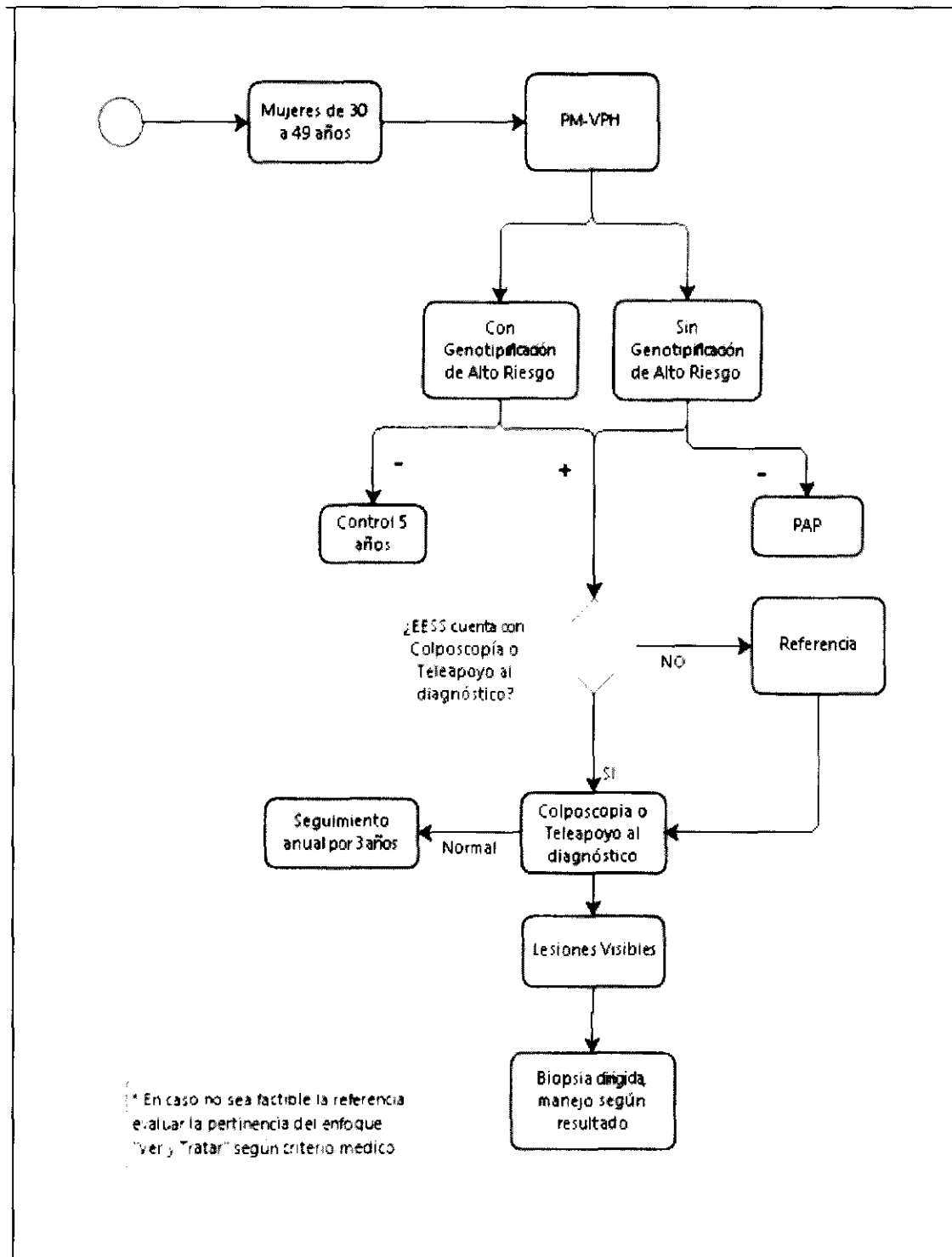
LIE: Corresponde a las siglas de Lesión Intraepitelial Escamosa (LIE) de la nomenclatura citológica de Bethesda (1).

LIE-AG: Corresponde a las siglas de Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado (LIE-AG) de la nomenclatura citológica de Bethesda, incluye a la displasia moderada (NIC 2), displasia severa y carcinoma in situ (NIC 3). Es lesión que requiere intervención y tratamiento especializado (1).

LIE-BG: Corresponde a las siglas de Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Grado (LIE-BG) de la nomenclatura citológica de Bethesda, incluye la infección por VPH y la displasia leve (NIC 1).



Anexo 2.- Flujograma específico de tamizaje de lesión pre maligna incluyendo carcinoma in situ considerando la PM – VPH.

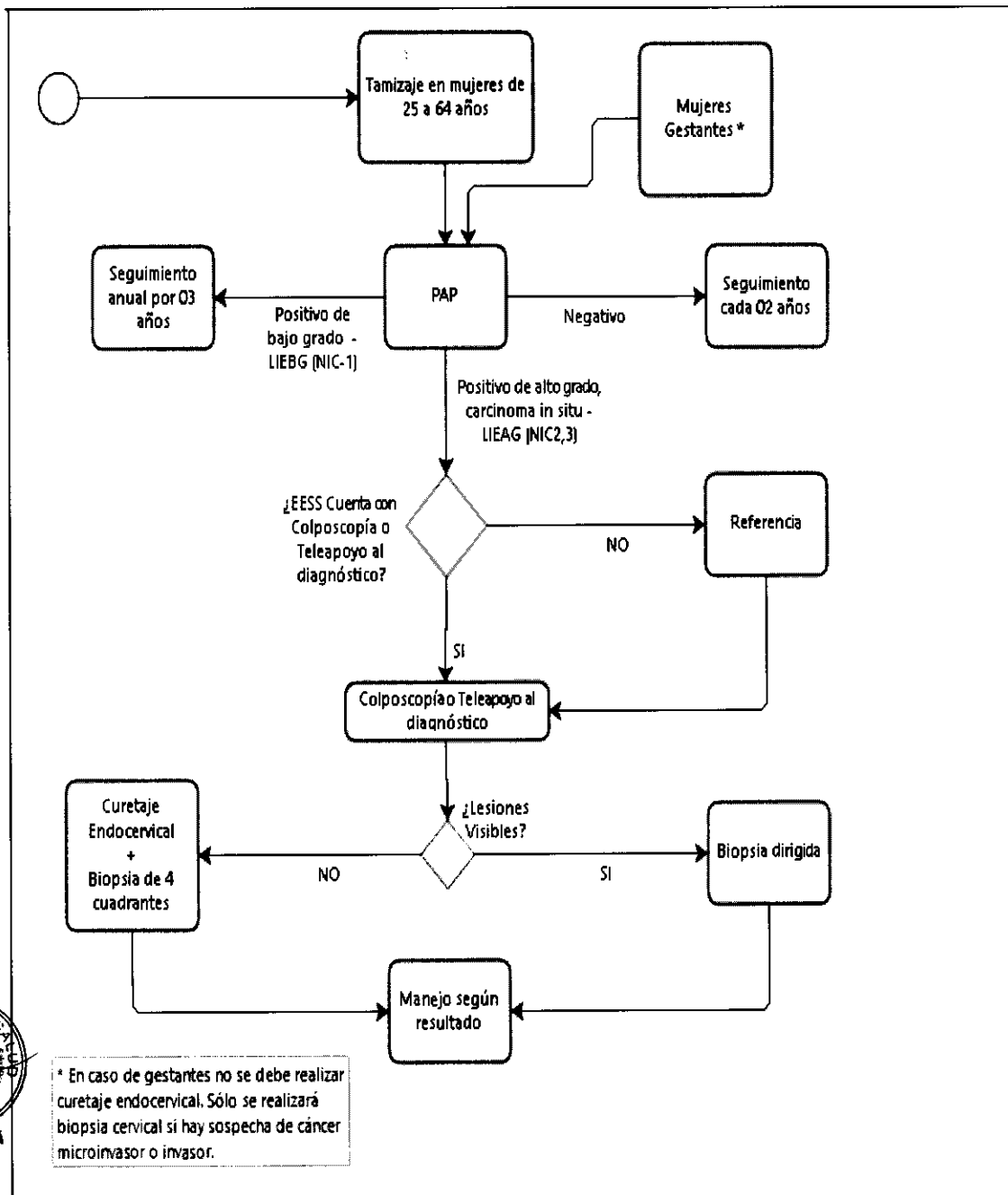


G. Rosell



DIRECTIVA SANITARIA N° 085-MINSA-2019-DGIESP
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO MEDIANTE LA DETECCIÓN TEMPRANA Y
TRATAMIENTO DE LESIONES PRE MALIGNAS INCLUYENDO CARCINOMA IN SITU

Anexo 3.- Flujograma específico de tamizaje de lesión pre maligna incluyendo carcinoma in situ considerando el PAP.



DIRECTIVA SANITARIA N° 085 -Minsa-2019-DGIESP
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO MEDIANTE LA DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRE MALIGNAS INCLUYENDO CARCINOMA IN SITU

Anexo 4.- Procedimiento para la toma de muestra de PAP.

1. Toda paciente que va a ser examinada para la realización PAP debe recibir información individual y/o grupal sobre:

- El cuello uterino, que es y donde se encuentra.
- Factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino.
- Papel e importancia del PAP. Periodicidad.
- Explicación de cómo se realiza la prueba pasos a seguir, consecuencias de no hacerse la prueba.
- Los resultados de la prueba y la importancia de acudir a recoger el resultado.

2. La atención de la paciente, debe ser con cortesía y respeto.

3. Registrar el formato de solicitud con letra legible y clara. De preferencia se buscará que la paciente:

- No esté menstruando, ni tenga flujo abundante o inflamación severa.
- No haya tenido una histerectomía total por patología benigna.
- No relaciones sexuales vaginales antes 24 horas
- No uso de óvulos o cremas.
- No uso de duchas vaginales.

4. Identificación de la lámina:

Se escribe con lápiz los nombres y apellidos de la paciente, su número de registro y la fecha de la toma de la muestra en un papel pequeño que se asegura con un clip a la cara opuesta del extendido de la lámina. Los centros que dispongan de lápices con punta de diamante también lo podrán usar.

5. Procedimiento de Toma de la muestra:

El profesional de la salud debidamente entrenado con materiales necesarios para tomar la muestra de PAP deberá registrar, previo al procedimiento, los datos personales de cada paciente en el formato (anexo 9.1). Antes de tomar el PAP el profesional deberá hacer la observación directa del cuello uterino para identificar cualquier lesión macroscópica. No realizar tacto vaginal previo a la toma de la muestra.

6. Obtención de la muestra:

- La paciente informada del procedimiento a realizar, preparada y en posición para examen ginecológico.
- El examinador debe seguir las medidas de bioseguridad.
- Introducir el espéculo vaginal; de ser necesario solo usar suero fisiológico hasta visualizar el cuello uterino.
- La toma adecuada exige la observación directa del cuello uterino y obtener muestras simultáneas de exocérvix (rotando 360° en sentido horario). y endocérvix (rotando 180° sentido anti horario), mediante el uso de espátula de Ayre y el citocepillo.
- 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, está contraindicada la toma de muestra de endocérvix con citocepillo u otro elemento (para el exocérvix utilizar cito-espátula de Ayre).
- En las mujeres post-menopausias, donde la zona de transformación migra hacia el canal endocervical, es necesario obtener la muestra del endocérvix, mediante el citocepillo rotándolo en 360°.

7. Extendido de la muestra:

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



DIRECTIVA SANITARIA N° 085 -Minsa-2019-DGIESP
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO MEDIANTE LA DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRE MALIGNAS INCLUYENDO CARCINOMA IN SITU

8. Fijación de la muestra:

- Sumergir inmediata (antes de 5 segundos) completamente la lámina con el papel de identificación o rotulado con lápiz punta de diamante en el fijador (alcohol etílico de 96°, contenido en un recipiente abierto, de boca ancha y tapa hermética y cercana al operador).
- El tiempo mínimo de fijación es 15 minutos cuando se usa alcohol de 96° y de 30 minutos cuando se usa alcohol de 70°. Luego retirar la lámina y colocarla en un depósito de madera o de plástico hasta el momento en que es enviada al laboratorio.
- Si el material no se fija de inmediato, las células se deshidratarán y deformarán y ya no es posible hacer una lectura adecuada del portaobjetos en el laboratorio.

Otras consideraciones:

- El recambio del fijador es 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 la paciente, todo el proceso de toma de muestra, extendido, fijación y manipulación de las láminas se realizará con guantes descartables, considerando todas las medidas de bioseguridad.

9. Errores que deben evitarse:

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

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

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

11. Lectura e interpretación:

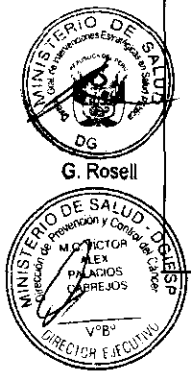
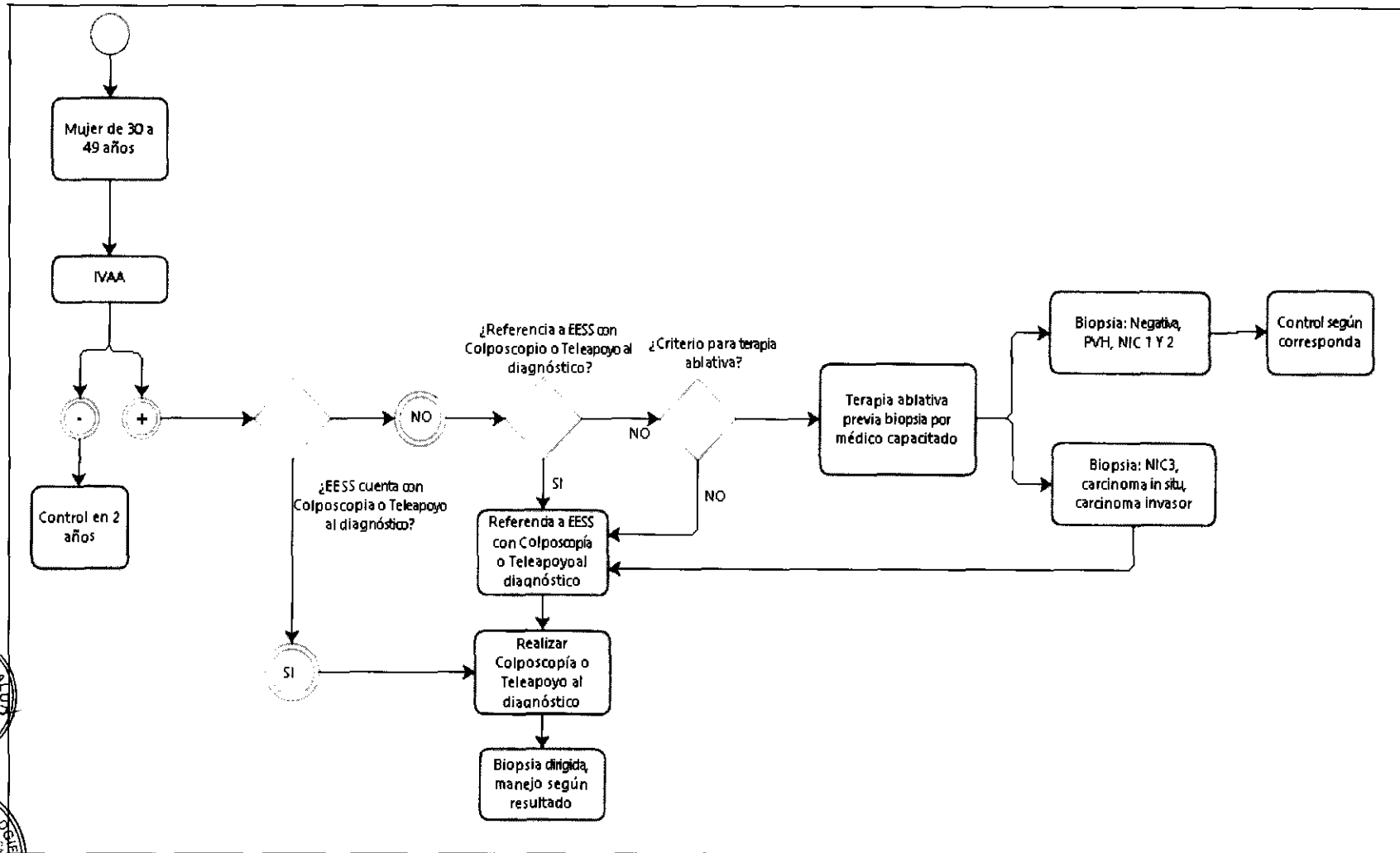
- Utilizar la nomenclatura del Sistema de Bethesda vigente (2014). La lectura incluye: calidad de la muestra, clasificación general, interpretación/resultado (negativo para malignidad, microorganismos, presencia de células Endocervical y otros).



G. Rosell



Anexo 5.- Flujoograma específico de tamizaje de lesión pre maligna incluyendo carcinoma in situ considerando la IVAA



DIRECTIVA SANITARIA N° 085 -Minsa-2019-DGIESP
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO MEDIANTE LA DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRE MALIGNAS INCLUYENDO CARCINOMA IN SITU

Anexo 6.- Procedimiento para la Inspección Visual de Ácido Acético (IVAA).

Se hace a simple vista (también llamada cervicoscopia o inspección visual directa del cuello uterino).

PROCEDIMIENTO:

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

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



Anexo 7.- Formatos de registro de datos y hallazgos para los procedimientos de colposcopia o teleapoyo al diagnóstico y biopsia, tratamiento ablativo y escisional.

DIRECTIVA SANITARIA N° 085 -Minsa-2019-DGIESP
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO MEDIANTE LA DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRE MALIGNAS INCLUYENDO CARCINOMA IN SITU

7.1. Consentimiento Informado para Colposcopia y Biopsia

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLPOSCOPIA O TELEAPOYO AL DIAGNÓSTICO Y BIOPSIA

Se me ha explicado y comprendo que:

Se me ha detectado un virus / lesión en el cuello del útero, que está relacionado con el desarrollo del Cáncer. Para tener un diagnóstico certero, se debe realizar el procedimiento de COLPOSCOPIA O TELEAPOYO AL DIAGNÓSTICO, el cual es sencillo y no necesito de anestesia.

La COLPOSCOPIA, es el examen mediante un aparato que va a evaluar minuciosamente el estado de mi cuello uterino; si amerita me pueden sacar muestra para BIOPSIA. Durante este procedimiento puedo sentir dolor o sangrado que desaparecerá rápidamente. Si presento algún signo de alarma del cual me han explicado, debo acudir al establecimiento de salud más cercano.

Luego del procedimiento en caso me tomen biopsia, durante una semana no debo de tener relaciones sexuales.

Usted tiene el derecho de hacer las preguntas sobre lo mencionado a su médica/o tratante, pudiendo negarse al procedimiento.

Después de haberme explicado, y realizar las preguntas a la/el Médica/o tratante, y en pleno uso de mis facultades ACEPTO el procedimiento de COLPOSCOPIA y BIOPSIA, conociendo los riesgos y beneficios.

Por lo tanto, deslindo de toda responsabilidad a la/el médica/o que me está brindando dicha atención.

Yo....., luego de haber leído y entendido este documento, acepto de forma voluntaria el procedimiento de COLPOSCOPIA O TELEAPOYO AL DIAGNÓSTICO y la biopsia (en caso corresponda), sin ninguna presión u obligación.

Firma del Paciente
D.N.I

Firma y sello de la/el Médica/o responsable de
la atención



Firma del testigo (Familiar o Trabajador de Salud)
DNI:

Lugar y fecha: de del 20...

Fecha de próxima cita:

Me niego al procedimiento:



7.2. Consentimiento Informado para Biopsia

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA

Se me ha explicado y comprendo que:

Se me ha detectado un virus / lesión en el cuello del útero, que está relacionado con el desarrollo del Cáncer. Para tener un diagnóstico certero, se debe realizar el procedimiento de BIOPSIA, el cual es sencillo y no necesito de anestesia.

La BIOPSIA, es el procedimiento que se realiza para extraer una pequeña muestra de tejido o de células del cuerpo para su análisis por un patólogo. Es posible que el patólogo estudie el tejido con un microscopio o realice otras pruebas con las células o el tejido.

Luego del procedimiento, durante una semana no debo de tener relaciones sexuales.

Usted tiene el derecho de hacer las preguntas sobre lo mencionado a su médica/o tratante, pudiendo negarse al procedimiento.

Después de haberme explicado, y realizar las preguntas a la/el Médica/o tratante, y en pleno uso de mis facultades ACEPTO el procedimiento de BIOPSIA, conociendo los riesgos y beneficios.

Por lo tanto, deslindo de toda responsabilidad a la/el médica/o que me está brindando dicha atención.

Yo....., luego de haber leído y entendido este documento, acepto de forma voluntaria el procedimiento de BIOPSIA, sin ninguna presión u obligación.

Firma del Paciente
D.N.I

Firma y sello de la/el Médica/o responsable de la atención

Firma del testigo (Familiar o Trabajador de Salud)
DNI:

Lugar y fecha: de del 20...

Fecha de próxima cita:

Me niego al procedimiento:



G. Rosell



7.3. Autorización de tratamiento de datos Personales para Teleapoyo al diagnóstico

Yo, (DATOS DEL PACIENTE)

DIRECTIVA SANITARIA N°085-MINSA-2019-DGIESP

DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO MEDIANTE LA DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRE MALIGNAS INCLUYENDO CARCINOMA IN SITU

Nombres y Apellidos:		
Con DNI o Documento de Identidad:		Fecha:
N° de Historia Clínica:		

De ser el caso,

Nombres y Apellidos del representante u apoderado:	
Con DNI o Documento de Identidad:	

He sido informada(o) por el personal de salud (nombre del personal de salud que informa) del (nombre de la IPRESS CONSULTANTE)....., de la necesidad de realizarme una colposcopia; para ello, mis datos personales de identificación y relativos a la salud, serán compartidos vía transmisión electrónica con el (nombre de la IPRESS CONSULTORA)....., para la realización de la lectura e interpretación de este examen médico, en las condiciones y fines descritas en este documento.

He realizado las preguntas que consideré oportunas, las cuales han sido respondidas por el personal de salud y he sido informada que la toma de imágenes de la colposcopia serán transmitidas al (nombre de la IPRESS CONSULTORA)para la realización del diagnóstico.

Entiendo que, si no informo con la verdad todos los datos necesarios que me solicita el personal de salud que me atiende, esto puede ocasionar confusiones en el diagnóstico o errores en la selección de los tratamientos.

Para la finalidad de la Tomografía, el diagnóstico y registro de éste en mi historia clínica, autorizo de manera libre, previa, informada, expresa e inequívoca al (nombre de la IPRESS CONSULTANTE)....., tratar mis datos personales consignados en el Registro de Pacientes en el marco de la atención de la colposcopia y que éstos sean transferidos al (nombre de la IPRESS CONSULTORA)....., quien sólo los usará para los fines indicados en éste documento.

Comprendo que mis datos personales serán tratados en bancos de datos personales cuya titularidad es del (nombre de la IPRESS CONSULTANTE)....., y del (nombre de la IPRESS CONSULTORA)....., respectivamente.

Si deseo ejercer ante el (nombre de la IPRESS CONSULTANTE)....., u (nombre de la IPRESS CONSULTORA)....., respectivamente mis derechos reconocidos en la Ley 29733- Ley de Protección de Datos Personales y sus normas complementarias enviaré una comunicación escrita según corresponda:

	Domicilio	Correo Electrónico
IPRESS CONSULTANTE		
IPRESS CONSULTORA		



Firma del PACIENTE o REPRESENTANTE o APODERADO

Huella Dactilar

Nombre:
DNI N°:

Firma del MÉDICO
Nombre:
Nro. Colegiatura:



DIRECTIVA SANITARIA N° 085 - MINSAL-2019-DGIESP
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO MEDIANTE LA DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRE MALIGNAS INCLUYENDO CARCINOMA IN SITU

7.4. Consentimiento Informado para Terapia Ablativa

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERAPIA ABLATIVA

Se me ha explicado y comprendo que:

Se me ha detectado una probable lesión en el cuello del útero, que está relacionado con el desarrollo del Cáncer. Para tener un diagnóstico certero, se debe realizar el procedimiento de COLPOSCOPIA O TELEAPOYO AL DIAGNÓSTICO, el cual es sencillo y no necesito de anestesia.

La COLPOSCOPIA, es el examen mediante un microscopio que va a evaluar minuciosamente el estado de mi cuello uterino; si amerita me pueden sacar muestra para BIOPSIA. Durante este procedimiento puedo sentir dolor o sangrado leve que desaparecerá rápidamente. Si presento algún signo de alarma del cual me han explicado, debo acudir al establecimiento de salud más cercano.

Después de haberme explicado, de realizar las preguntas al Profesional de Salud y en pleno uso de mis facultades me NIEGO a recibir el procedimiento con la COLPOSCOPIA, deslindando toda responsabilidad al Profesional de Salud que me está brindando dicha atención.

Por tanto, mi persona solicita que me realicen la terapia ablativa:

- () CRIOTERAPIA, que consiste en congelar y destruir células anormales.
- () TERMOCOAGULACIÓN, que consiste en quemar y destruir células anormales.

Estas células anormales destruidas se desprenderán, presentando un flujo vaginal acuoso por 15 días a un mes, donde tendrán la necesidad de utilizar algún protector o toalla higiénica.

Durante este periodo, no debo de colocarme nada en la vagina (ni hacerme lavados o usar óvulos vaginales). No debo de tener relaciones sexuales durante un mes.

Existe el riesgo (10%) de que la terapia ablativa, aun cuando se haya aplicado correctamente, no sea efectiva, esto se detectará en los controles posteriores, que debe ser cada 4 a 6 meses por 2 años.

Existe la probabilidad (80%) que las lesiones de mi cuello uterino no sean precursoras de cáncer, en cuyo caso la terapia ablativa habrá sido innecesaria.

Como complicaciones secundarias que se pueden presentar son: hemorragia (durante o después de la crioterapia), aparición de enfermedad pélvica inflamatoria, infecciones cervicouterinas locales, dolor o cólicos (en el transcurso de un mes desde la fecha de su inicio). Como secuelas a largo plazo, riesgo de estenosis y efectos negativos en la fecundidad y en los resultados obstétricos.

Yo....., luego de haber leído y entendido este documento, acepto de forma consiente y voluntaria el procedimiento de terapia ablativa: () crioterapia () termocoagulación, sin ninguna presión u obligación.

Firma del Paciente
D.N.I

Firma y sello de la/el Médica/o responsable de
la atención



G. Rosell

Firma del testigo (Familiar o Trabajador de Salud)
DNI:

Lugar y fecha: de del 20...

Fecha de próxima cita:

Me niego al procedimiento:



7.5. Consentimiento Informado para Terapia Escisional

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERAPIA ESCISIONAL (Cono LEEP, Cono frio e Histerectomía Ampliada a Vagina)

Se me ha explicado y comprendo que:

Se me ha detectado una lesión en el cuello del útero, que está relacionado con el desarrollo del cáncer, la que requiere que sea extirpada con la finalidad () diagnóstica y/o () terapéutica mediante el procedimiento quirúrgico de terapia escisional.

Se me ha informado que la terapia escisional tiene las siguientes consideraciones:

De las complicaciones y/o riesgos y fracasos: Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica quirúrgica como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tantos médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad. Las complicaciones específicas potenciales de la intervención son: hemorragia (inmediata o tardía), estenosis cervical, cuello uterino incompetente, extirpación incompleta de la lesión (márgenes positivos, lesión residual y lesión de Novo), quemaduras accidentales en caso de utilizar electrocirugía. Excepcionalmente, perforación uterina.

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

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

De las alternativas: La terapia escisional elegida en mi caso es:

- () Cono LEEP: Procedimiento quirúrgico que se realiza con asa LEEP, no requiere reconstrucción del cuello uterino. El procedimiento puede realizarse con anestesia local en forma ambulatoria y lleva generalmente menos de 30 minutos
() Cono Frio: Procedimiento quirúrgico que se realiza con bisturí y requiere la reconstrucción quirúrgica del cuello uterino, por lo que debe ser con anestesia regional o general.
() Histerectomía ampliada a vagina: Procedimiento quirúrgico que se realiza con bisturí y se extrae el útero y parte de la vagina, por lo que debe ser con anestesia regional o general.

De la Anestesia: La intervención precisa efectuarse bajo anestesia, que será valorada bajo la vigilancia de la/el Médica/o o Anestesióloga/o.

De las transfusiones: No se puede descartar a priori que en el transcurso de la intervención programada surja la necesidad de una transfusión sanguínea, que, en todo caso, se realizaría con las precauciones debidas y por el profesional calificado.

De la anatomía patológica: La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio Anatomopatológico posterior y/o intraoperatorio para obtener el diagnóstico definitivo.

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

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

Yo....., luego de haber leído y entendido este documento, acepto de forma voluntaria el procedimiento de terapia escisional: () cono LEEP, () cono frio, () Histerectomía ampliada a vagina, sin ninguna presión u obligación.



Firma del Paciente

Firma y sello de la/el Médico responsable de atención

D.N.I



Firma del testigo (Familiar o Trabajador de Salud) DNI:

Lugar y fecha: de del 20...

Fecha de próxima cita:


Me niego al procedimiento:

DIRECTIVA SANITARIA N° 085 - Minsa-2019-DGIESP

DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO MEDIANTE LA DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRE MALIGNAS INCLUYENDO CARCINOMA IN SITU

Anexo 8.- Formatos de registro de datos y hallazgos para los procedimientos de PAP, IVAA, COLPOSCOPIA O TELEAPOYO AL DIAGNÓSTICO, tratamiento ablativo y tratamiento escisional.

8.1. FORMATOS DE PAPANICOLAOU (Solicitud de examen citológico cérvico uterino e Informe de diagnóstico citológico cérvico uterino):

N° Cod del Lab: _____	
DATOS DE LA PACIENTE	
Apellidos y Nombres _____	
Domicilio _____	Distrito _____ Teléfono _____
Fecha de nacimiento AA MM DD	N° DNI _____ Edad: _____
HISTORIA GINECOLÓGICA	Examen Ginecológico
- Fecha de Última Regla <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal (especifique) _____
- Embarazada Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique _____ 
Uso de Método Anticonceptivo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Especifique tipo de método anticonceptivo y tiempo _____	Colposcopia
RESPONSABLE DE LA OBTENCIÓN DE MUESTRAS	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal (especifique) _____
Nombre _____	Especifique _____
Profesión/Cargo _____	Diagnóstico anterior _____
Fecha de Obtención de Muestras AA MM DD	Fecha de diagnóstico anterior _____

INFORME DE DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO CÉRVICO UTERINO

<p>1) CALIDAD DEL ESPÉCIMEN</p> <input type="checkbox"/> Espécimen Satisfactorio para la evaluación <input type="checkbox"/> Espécimen Insatisfactorio para la evaluación por _____ <input type="checkbox"/> Espécimen rechazado/no procesado por _____ <input type="checkbox"/> Espécimen procesado y examinado pero insatisfactorio para evaluación de anomalía epitelial por _____ <p>2) CLASIFICACIÓN GENERAL</p> <input type="checkbox"/> Negativo para lesiones intraepiteliales o malignidad. <input type="checkbox"/> Anormalidades en células epiteliales _____ <input type="checkbox"/> Otros _____ * Indicar si es glandular o escamoso. <p>3) INTERPRETACIÓN DESCRIPTIVA</p> <p>3.1. ANORMALIDADES DE CÉLULAS EPITELIALES</p> <p>3.1.1. Células Escamosas</p> <input type="checkbox"/> - Células Escamosas atípicas <input type="checkbox"/> De significación indeterminada (CEASI, equivale a ASCUS) <input type="checkbox"/> No excluye LEIAG <input type="checkbox"/> Lesión Escamosa Intraepitelial de BAJO GRADO (LEIBG) <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> Displasia leve (NIC I) <input type="checkbox"/> - Lesión Escamosa Intraepitelial de ALTO GRADO (LEIAG) <input type="checkbox"/> HPV con atipia <input type="checkbox"/> Displasia Moderada (NIC II) <input type="checkbox"/> Displasia Severa (NIC III) <input type="checkbox"/> Carcinoma <i>in situ</i> <input type="checkbox"/> - Carcinoma de Células Escamosas (Tipo) _____	<p>3.1.2. Células Glandulares</p> <input type="checkbox"/> - Células endometriales benignas de tipo epitelial <input type="checkbox"/> - Células endometriales benignas de tipo estromal <input type="checkbox"/> - Células endometriales, benignas de tipo epitelial, en mujer postmenopáusica. <input type="checkbox"/> - Células glandulares atípicas (AGC) <input type="checkbox"/> Endocervicales <input type="checkbox"/> Endometriales <input type="checkbox"/> Otro tipo no específico <input type="checkbox"/> - Adenocarcinoma endocervical <i>in situ</i> <input type="checkbox"/> - Adenocarcinoma, tipo _____ <p>3.2. OTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS (especifique) _____</p> <p>3.3. CAMBIOS CELULARES BENIGNOS</p> <p>3.3.1. Cambios asociados a: <input type="checkbox"/> - Infección (Tipo de microorganismo si lo hubiere) _____</p> <p>3.3.2. Cambios reactivos asociados a: <input type="checkbox"/> - inflamación <input type="checkbox"/> - Atrofia con inflamación <input type="checkbox"/> sin inflamación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Radiación <input type="checkbox"/> - DIU <input type="checkbox"/> - Otros _____</p> <p>4) EVALUACIÓN HORMONAL: <input type="checkbox"/> - Patrón Hormonal compatible con la edad y la Información Clínica <input type="checkbox"/> - Patrón Hormonal con discrepancia con la Edad y la Información Clínica (especifique) _____</p> <p>Valoración hormonal no posible por _____</p>
Conclusiones y Sugerencias _____	
Obltener nueva muestra Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Los resultados obtenidos corresponden a las muestras pertenecientes a la paciente identificada, tal como se indica en el presente informe.	
Diagnóstico realizado en el Laboratorio _____	DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE
Fecha AA MM DD	Nombre y Apellidos _____ Colegiatura _____ Firma _____
CONFIRMADO POR	



G. Rosell



DIRECTIVA SANITARIA N°085 -Minsa-2019-DGIESP
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO MEDIANTE LA DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRE MALIGNAS INCLUYENDO CARCINOMA IN SITU

8.2. FORMATOS DE IVAA (Ficha de identificación, reporte de IVAA y formato de resultados):

INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO (IVAA)

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES

FECHA DE TAMIZAJE			HISTORIA CLÍNICA	DNI
Día	Mes	Año		

Apellidos y Nombres: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

Menarquía: ____ 1ª R.S.: ____ 1er Embarazo: ____ Nº Hijos: ____ Nº de Parejas sexuales: ____ FUR: ____

Uso de Anticonceptivos actualmente: Si No Tipo de Anticonceptivo: _____

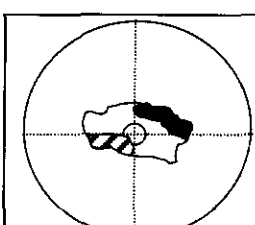
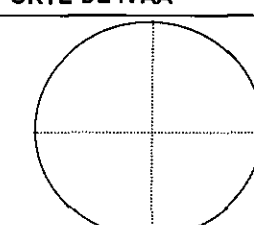
Antecedentes ITS: Si No Tipo de ITS: _____

Nº de Tamizaje en la vida: Año del último Tamizaje: Resultado del último Tamizaje:

PAP ()	PAP ()	PAP
IVAA ()	IVAA ()	IVAA

PROPOSITO DE VISITA 1er IVAA Control al año Control cada tres años

REPORTE DE IVAA

 <ul style="list-style-type: none"> Borde de la unión escamocolumnar Zona aceto blanca Orificio cervical Descartar neoplasia 		<p>RESULTADO:</p> <p>Positivo <input type="radio"/></p> <p>Negativo <input type="radio"/></p> <p>Sospecha de cáncer <input type="radio"/></p>
---	---	--

¿TRIBUTARIO PARA CRIOTERAPIA? (solo para IVAA(+)): Si El mismo día Postergada

No

OTROS DIAGNÓSTICOS:

EPI Condilomatosis Cervicitis Pólipo

Otros (especificar).....

REFERENCIA: Si No

RAZÓN DE REFERENCIA:

Sospecha de cáncer

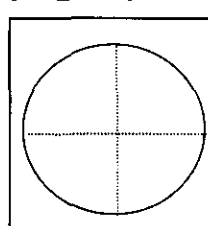
Lesión extensa o lesión que se introduce al canal Otros: (especificar) :.....

SITIO DE REFERENCIA: _____

PROXIMA CITA: _____

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE

REPORTE DE IVAA EN LUGAR DE REFERENCIA

<p>Establecimiento de Salud: _____</p> <p>Fecha de Tamizaje: _____</p> <p>Historia clínica: _____</p>		<table style="width: 100%;"> <tr> <td>1.- IVAA positiva no confirmado.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>2.- IVAA positiva confirmado tributario para crioterapia.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>3.- IVAA positiva confirmado y crioterapia Postergada.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>4.- IVAA positiva confirmado no tributario para crioterapia. Referida.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>LUGAR DE REFERENCIA :</p>	1.- IVAA positiva no confirmado.	<input type="radio"/>	2.- IVAA positiva confirmado tributario para crioterapia.	<input type="radio"/>	3.- IVAA positiva confirmado y crioterapia Postergada.	<input type="radio"/>	4.- IVAA positiva confirmado no tributario para crioterapia. Referida.	<input type="radio"/>
1.- IVAA positiva no confirmado.	<input type="radio"/>									
2.- IVAA positiva confirmado tributario para crioterapia.	<input type="radio"/>									
3.- IVAA positiva confirmado y crioterapia Postergada.	<input type="radio"/>									
4.- IVAA positiva confirmado no tributario para crioterapia. Referida.	<input type="radio"/>									

FECHA DE LA PRÓXIMA CITA: / /

FIRMA Y SELLO OEL RESPONSABLE

30

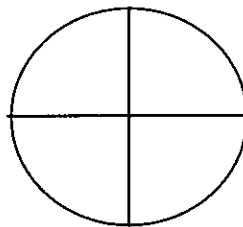
PREVENCIÓN SECUNDARIA EN CÁNCER DE CUELLO UTERINO
BASADO EN IVAA – CRIOTERAPIA

FORMATO DE RESULTADO

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

EDAD: _____



RESULTADO

- POSITIVO
- NEGATIVO
- SOSPECHA DE CÁNCER

SUGERENCIAS:

PRÓXIMO CONTROL:

FECHA: ____/____/____

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE



G. Rosell



DIRECTIVA SANITARIA N° 085 - MINSA-2019-DGIESP
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO MEDIANTE LA DETECCIÓN TEMPRANA Y
TRATAMIENTO DE LESIONES PRE MALIGNAS INCLUYENDO CARCINOMA IN SITU

8.3 INFORME DE PROCEDIMIENTO DE COLPOSCOPIA O TELEAPOYO AL DIAGNÓSTICO
FICHA PARA EL REGISTRO DE COLPOSCOPIA

NOMBRE			
EDAD		DNI	
I. INDICACIÓN DE COLPOSCOPIA			
PAP	<input type="checkbox"/> NORMAL		
	<input type="checkbox"/> LEIBG	<input type="checkbox"/> Condiloma	<input type="checkbox"/> C I
	<input type="checkbox"/> LEIAG	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IC III
	<input type="checkbox"/> ASC	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> H
	<input type="checkbox"/> CARCINOMA		
	<input type="checkbox"/> AGC	<input type="checkbox"/> AGC	<input type="checkbox"/> A favor de neoplasia
	<input type="checkbox"/> AIS		
PM - PVH	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> Otros ...
Otros ...			
II. COLPOSCOPIA			
Evaluación general	<input type="checkbox"/> Adecuada		<input type="checkbox"/> Inadecuada
			<input type="checkbox"/> Inflamación <input type="checkbox"/> Sangrado <input type="checkbox"/> Otro...
	Zona de transformación (ZT)	<input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II <input type="checkbox"/> Tipo III	
Imágenes anormales	Localización	<input type="checkbox"/> Dentro ZT <input type="checkbox"/> Fuera ZT <input type="checkbox"/> Dentro del conducto endocervical Radio 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12	
	Tamaño	Cuadrantes con ICA: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV Número de cuadrantes con ICA: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Porcentaje: ____%	
Epitelio acetoblanco <input type="checkbox"/> Grado 1 <input type="checkbox"/> Grado 2	Apariencia general	<input type="checkbox"/> Delgado	<input type="checkbox"/> Grueso
	Margen	<input type="checkbox"/> Indistinto	<input type="checkbox"/> Delimitado
	Borde interno	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Sobreelevado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Enrollado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Orificios glandulares densos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Color	<input type="checkbox"/> Transparente	<input type="checkbox"/> Opaco
	Aparición	<input type="checkbox"/> Lenta	<input type="checkbox"/> Rápida
	Punteado	<input type="checkbox"/> Fino	<input type="checkbox"/> Grueso
	Mosaico	<input type="checkbox"/> Fino	<input type="checkbox"/> Grueso
V. atípicos	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	
Schiller	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo	
III. DIAGNÓSTICO COLPOSCÓPICO			
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> LEI BG	<input type="checkbox"/> LEI AG	<input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/> Otros...	<input type="checkbox"/> NIC I	<input type="checkbox"/> NIC II <input type="checkbox"/> NIC III	
IV. PROCEDIMIENTO			
Biopsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	N° Biopsias: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
CEC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
V. RESULTADOS			
Anatomía patológica	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> LEI BG <input type="checkbox"/> NIC I	<input type="checkbox"/> LEI AG <input type="checkbox"/> NIC II <input type="checkbox"/> NIC III
	<input type="checkbox"/> Otros.....		
Inmunohistoquímica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	P16 <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	Ki67 <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	
VI. DIAGNÓSTICO FINAL			
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> LEI BG	<input type="checkbox"/> LEI AG	<input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/> Otros...			
VII. TRATAMIENTO			
<input type="checkbox"/> Observación	<input type="checkbox"/> Cono leep	<input type="checkbox"/> Cono frío	<input type="checkbox"/> Otro...



G. Rosell



 Firma y sello de la/el Médico responsable de la atención

DIRECTIVA SANITARIA N° 005-MINSA-2019-DGIESP
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO MEDIANTE LA DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRE MALIGNAS INCLUYENDO CARCINOMA IN SITU

8.4. FORMATO DE SOLICITUD DE LECTURA DE BIOPSIA

SOLICITUD DE EXAMEN ANATOMOPATOLÓGICO

DATOS PERSONALES

Fecha:	Hora:	N° de HC:
Nombre:	Apellidos:	DNI:
Departamento:	Servicio:	N° de cama:

ESPECIMEN

Informe de Patología Previo:

Enfermedad actual y exámenes auxiliares:

Hallazgos operativos:

Diagnóstico clínico:



G. Rosell

Firma y sello de la/el Médico responsable de la atención



DIRECTIVA SANITARIA N° 085-MINSA-2019-DGIESP
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO MEDIANTE LA DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRE MALIGNAS INCLUYENDO CARCINOMA IN SITU

8.5. REPORTE DE TERAPIA ABLATIVA

REPORTE DE TERAPIA ABLATIVA

DATOS PERSONALES

Fecha:	Hora:	N° de HC:
Nombre:	Apellidos:	DNI:
Departamento:	Servicio:	

PROCEDIMIENTO

Responsable:

Diagnóstico Pre Operatorio:

Procedimiento desarrollado

crioterapia termocoagulación

Hallazgos:

Procedimiento desarrollado:



Complicaciones:



Firma y sello de la/el Médico responsable de la atención

DIRECTIVA SANITARIA N° 085-MINSA-2019-DGIESP
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO MEDIANTE LA DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRE MALIGNAS INCLUYENDO CARCINOMA IN SITU

8.6 REPORTE DE TERAPIA ESCISIONAL

REPORTE DE TERAPIA ESCISIONAL

DATOS PERSONALES

Fecha:	Hora:	N° de HC:
Nombre:	Apellidos:	DNI:
Departamento:	Servicio:	

PROCEDIMIENTO

Responsable:

Diagnóstico Pre Operatorio:

Procedimiento desarrollado

Cono LEEP () Cono frio () Histerectomía ampliada a vagina ()
Otro ():.....

Hallazgos:

Procedimiento desarrollado:

Complicaciones:



G. Rosell

Firma y sello de la/el Médico responsable de la atención



DIRECTIVA SANITARIA N°085 -Minsa-2019-DGIESP

DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO MEDIANTE LA DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRE MALIGNAS INCLUYENDO CARCINOMA IN SITU

Anexo 9.- INDICADORES

INDICADOR	FORMULA	ESTANDAR
Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años con tamizaje para la detección de lesiones pre-malignas incluyendo carcinoma in situ	$\frac{\text{Número de mujeres de 25 a 64 años con resultado entregado del procedimiento de detección temprana de lesiones pre-malignas incluyendo carcinoma in situ de cuello uterino}}{\text{Número de mujeres de 25 a 64 años, asignado a la jurisdicción.}} \times 100$	<p>70% (OMS)</p> <p>El avance es progresivo de acuerdo a metas establecidas</p>
Porcentaje de pacientes con evaluación colposcópica	$\frac{\text{Número de mujeres de 25 a 64 años con resultado del procedimiento de detección temprana de lesiones pre-malignas incluyendo carcinoma in situ de cuello uterino "positivas" o "anormales", evaluadas por colposcopia.}}{\text{Número de mujeres de 25 a 64 años con resultado del procedimiento de detección temprana de lesiones pre-malignas incluyendo carcinoma in situ de cuello uterino "positivas" o "anormales".}} \times 100$	>60%
Porcentaje de pacientes con evaluación colposcópica mediante Teleapoyo al diagnóstico	$\frac{\text{Número de mujeres de 25 a 64 años con resultado del procedimiento de detección temprana de lesiones pre-malignas incluyendo carcinoma in situ de cuello uterino "positivas" o "anormales", evaluadas por Teleapoyo al diagnóstico.}}{\text{Número de mujeres de 25 a 64 años con resultado del procedimiento de detección temprana de lesiones pre-malignas incluyendo carcinoma in situ de cuello uterino "positivas" o "anormales".}} \times 100$	-----
Porcentaje de pacientes con terapia ablativa	$\frac{\text{Número de mujeres de 25 a 64 años con resultado del procedimiento de detección temprana de lesiones pre-malignas incluyendo carcinoma in situ de cuello uterino "positivas" o "anormales", sujetas a terapia ablativa.}}{\text{Número de mujeres de 25 a 64 años con resultado del procedimiento de detección temprana de lesiones pre-malignas incluyendo carcinoma in situ de cuello uterino "positivas" o "anormales".}} \times 100$	<40%
Porcentaje de pacientes tratadas oportunamente	$\frac{\text{Número de mujeres de 25 a 64 años con resultado del procedimiento de detección temprana de lesiones pre-malignas incluyendo carcinoma in situ de cuello uterino "positivas" o "anormales", tratadas en menos de 30 días.}}{\text{Número de mujeres de 25 a 64 años con resultado del procedimiento de detección temprana de lesiones pre-malignas incluyendo carcinoma in situ de cuello uterino "positivas" o "anormales".}} \times 100$	> 80%



IX. REFERENCIAS

- 1) Nayar R, Wilbur DC. The Pap test and Bethesda 2014. *Cancer Cytopathol* 2015 May 01;123(5):271-281.
- 2) Vu M, Yu J, Awolude OA, Chuang L. Cervical cancer worldwide. *Curr Probl Cancer* 2018 June 25.
- 3) Abolafia-Canete B, Monserrat-Jordan JA, Cuevas-Cruces J, Arjona-Berral JE. Early diagnosis of cervix cancer: Correlation between cytology, colposcopy and biopsy. *Rev Esp Patol* 2018 September 01;51(3):147-153.
- 4) Khan MJ, Werner CL, Darragh TM, Guido RS, Mathews C, Moscicki AB, et al. ASCCP Colposcopy Standards: Role of Colposcopy, Benefits, Potential Harms, and Terminology for Colposcopic Practice. *J Low Genit Tract Dis* 2017 October 01;21(4):223-229.
- 5) Li Y, Duan X, Sui L, Xu F, Xu S, Zhang H, et al. Closer to a Uniform Language in Colposcopy: Study on the Potential Application of 2011 International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy Terminology in Clinical Practice. *Biomed Res Int* 2017;2017:8984516.
- 6) Nam K. Colposcopy at a turning point. *Obstet Gynecol Sci* 2018 January 01;61(1):1-6.
- 7) Fan A, Wang C, Zhang L, Yan Y, Han C, Xue F. Diagnostic value of the 2011 International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy Terminology in predicting cervical lesions. *Oncotarget* 2018 January 08;9(10):9166-9176.
- 8) Wentzensen N, Massad LS, Mayeaux EJ, Khan MJ, Waxman AG, Einstein MH, et al. Evidence-Based Consensus Recommendations for Colposcopy Practice for Cervical Cancer Prevention in the United States. *J Low Genit Tract Dis* 2017 October 01;21(4):216-222.
- 9) Hermens M, Ebisch RM, Galaal K, Bekkers RL. Alternative Colposcopy Techniques: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2016 October 01;128(4):795-803.
- 10) Mustafa RA, Santesso N, Khatib R, Mustafa AA, Wiercioch W, Kehar R, et al. Systematic reviews and meta-analyses of the accuracy of HPV tests, visual inspection with acetic acid, cytology, and colposcopy. *Int J Gynaecol Obstet* 2016 March 01;132(3):259-265.
- 11) Basu P, Taghavi K, Hu SY, Mogri S, Joshi S. Management of cervical premalignant lesions. *Curr Probl Cancer* 2018 April 01;42(2):129-136.
- 12) El-Nashar SA, Shazly SA, Hopkins MR, Bakkum-Gamez JN, Famuyide AO. Loop Electrosurgical Excision Procedure Instead of Cold-Knife Conization for Cervical Intraepithelial Neoplasia in Women With Unsatisfactory Colposcopic Examinations: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Low Genit Tract Dis* 2017 April 01;21(2):129-136.
- 13) Jiang YM, Chen CX, Li L. Meta-analysis of cold-knife conization versus loop electrosurgical excision procedure for cervical intraepithelial neoplasia. *Onco Targets Ther* 2016 June 29;9:3907-3915.
- 14) Aerssens A, Claeys P, Garcia A, Sturtewagen Y, Velasquez R, Vanden Broeck D, et al. Natural history and clearance of HPV after treatment of precancerous cervical lesions. *Histopathology* 2008 February 01;52(3):381-386.
- 15) Sparks RA, Scheid D, Loemker V, Stader E, Reilly K, Hamm R, et al. Association of cervical cryotherapy with inadequate follow-up colposcopy. *J Fam Pract* 2002 June 01;51(6):526-529.
- 16) Rapiti E, Usel M, Neyroud-Caspar I, Merglen A, Verkooijen HM, Vlastos AT, et al. Omission of excisional therapy is associated with an increased risk of invasive cervical cancer after cervical intraepithelial neoplasia III. *Eur J Cancer* 2012 April 01;48(6):845-852.
- 17) Melnikow J, McGahan C, Sawaya GF, Ehlen T, Coldman A. Cervical intraepithelial neoplasia outcomes after treatment: long-term follow-up from the British Columbia Cohort Study. *J Natl Cancer Inst* 2009 May 20;101(10):721-728.
- 18) Martin-Hirsch PP, Paraskevaidis E, Bryant A, Dickinson HO. Surgery for cervical intraepithelial neoplasia. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 December 04;(12):CD001318. doi(12):CD001318.



G. Rosell



DIRECTIVA SANITARIA N° 085 -Minsa-2019-DGIESP

DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO MEDIANTE LA DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRE MALIGNAS INCLUYENDO CARCINOMA IN SITU

- 19) Kyrgiou M, Athanasiou A, Kalliala IEJ, Paraskevaidi M, Mitra A, Martin-Hirsch PP, et al. Obstetric outcomes after conservative treatment for cervical intraepithelial lesions and early invasive disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2017 November 02;11:CD012847.
- 20) Wiwanitkit V. Screening for cervical cancer: which common technique is the most cost-effective choice? *Asian Pac J Cancer Prev* 2009 September 01;10(3):531-532.
- 21) Kudva V, Prasad K. Pattern Classification of Images from Acetic Acid-Based Cervical Cancer Screening: A Review. *Crit Rev Biomed Eng* 2018;46(2):117-133.
- 22) Persad GC, Emanuel EJ. The Case for Resource Sensitivity: Why It Is Ethical to Provide Cheaper, Less Effective Treatments in Global Health. *Hastings Cent Rep* 2017 September 01;47(5):17-24.
- 23) Silkensen SL, Schiffman M, Sahasrabuddhe V, Flanigan JS. Is It Time to Move Beyond Visual Inspection With Acetic Acid for Cervical Cancer Screening? *Glob Health Sci Pract* 2018 June 29;6(2):242-246.
- 24) Vu LTH, Tran HTD, Nguyen BT, Bui HTT, Nguyen AD, Pham NB. Community-Based Screening for Cervical Cancer Using Visual Inspection With Acetic Acid: Results and Lessons Learned From a Pilot Study in Vietnam. *J Public Health Manag Pract* 2018 April 01;24 Suppl 2 Supplement, Public Health in Vietnam: S8.
- 25) Katki HA, Schiffman M. A novel metric that quantifies risk stratification for evaluating diagnostic tests: The example of evaluating cervical-cancer screening tests across populations. *Prev Med* 2018 May 01; 110:100-105.
- 26) Schneider V. Criticism of the Pap Smear as a Diagnostic Tool in Cervical Cancer Screening. *Acta Cytol* 2017;61(4-5):338-344.
- 27) Ogilvie G, Nakisige C, Huh WK, Mehrotra R, Franco EL, Jeronimo J. Optimizing secondary prevention of cervical cancer: Recent advances and future challenges. *Int J Gynaecol Obstet* 2017 July 01;138 Suppl 1:15-19.
- 28) Roussel A, Dion L, Racin A, Lavoue V, Leveque J, Nyangoh Timoh K. Pap smear before 25 years old. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2017 May 01;45(5):309-315.
- 29) Meggiolaro A, Unim B, Semyonov L, Miccoli S, Maffongelli E, La Torre G. The role of Pap test screening against cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. *Clin Ter* 2016 August 01;167(4):124-139.
- 30) Smith ER, George SH, Kobetz E, Xu XX. New biological research and understanding of Papanicolaou's test. *Diagn Cytopathol* 2018 June 01;46(6):507-515.
- 31) El-Zein M, Bouten S, Louvanto K, Gilbert L, Gottlieb W, Hemmings R, et al. Validation of a new HPV self-sampling device for cervical cancer screening: The Cervical and Self-Sample In Screening (CASSIS) study. *Gynecol Oncol* 2018 June 01;149(3):491-497.
- 32) Isidean SD, Mayrand MH, Ramanakumar AV, Gilbert L, Reid SL, Rodrigues I, et al. Human papillomavirus testing versus cytology in primary cervical cancer screening: End-of-study and extended follow-up results from the Canadian cervical cancer screening trial. *Int J Cancer* 2016 December 01;139(11):2456-2466.
- 33) Koliopoulos G, Nyaga VN, Santesso N, Bryant A, Martin-Hirsch PP, Mustafa RA, et al. Cytology versus HPV testing for cervical cancer screening in the general population. *Cochrane Database Syst Rev* 2017 August 10;8:CD008587.
- 34) Gervais F, Dunton K, Jiang Y, Llargeron N. Systematic review of cost-effectiveness analyses for combinations of prevention strategies against human papillomavirus (HPV) infection: a general trend. *BMC Public Health* 2017 March 28;17(1):3.
- 35) Jeronimo J, Castle PE, Temin S, Shastri SS. Secondary Prevention of Cervical Cancer: American Society of Clinical Oncology Resource-Stratified Clinical Practice Guideline Summary. *J Oncol Pract* 2017 February 01;13(2):129-133.
- 36) Bernstein M, Hari A, Aggarwal S, Lee D, Farfel A, Patel P, et al. Implementation of a human papillomavirus screen-and-treat model in Mwanza, Tanzania: training local healthcare workers for sustainable impact. *Int Health* 2018 May 01;10(3):197-201.



G. Rosell



DIRECTIVA SANITARIA N°085-MINSA-2019-DGIESP

DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO MEDIANTE LA DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRE MALIGNAS INCLUYENDO CARCINOMA IN SITU

- 37) Fokom-Domgue J, Vassilakos P, Petignat P. Is screen-and-treat approach suited for screening and management of precancerous cervical lesions in Sub-Saharan Africa? *Prev Med* 2014 August 01;65:138-140.
- 38) Paul P, Winkler JL, Bartolini RM, Penny ME, Huong TT, Nga le T, et al. Screen-and-treat approach to cervical cancer prevention using visual inspection with acetic acid and cryotherapy: experiences, perceptions, and beliefs from demonstration projects in Peru, Uganda, and Vietnam. *Oncologist* 2013;18 Suppl:6-12.
- 39) Paul P, Winkler JL, Bartolini RM, Penny ME, Huong TT, Nga le T, et al. Screen-and-treat approach to cervical cancer prevention using visual inspection with acetic acid and cryotherapy: experiences, perceptions, and beliefs from demonstration projects in Peru, Uganda, and Vietnam. *Oncologist* 2013;18(12):1278-1284.



G. Rosell

