

Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello Útero, I – II y III Nivel de Atención y Normas de Laboratorio de Citología

Nº 33119

Nº Gaceta: 131 del: 07/07/2006 Alcance: 43

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

Y LA MINISTRA DE SALUD

En uso de las facultades que le confieren los artículos 140 incisos 3) y 18) y 146 de la Constitución Política; 1, 2, 3, y 9 de la Ley Nº 5395 de 30 de octubre de 1973, “Ley General de Salud”; 2 inciso ch) de la Ley Nº 5412 de 8 de noviembre de 1973, “Ley Orgánica del Ministerio de Salud”, 28, párrafo segundo inciso b) de la Ley Nº 6227 del 2 de mayo de 1978, “Ley General de la Administración Pública”,

Considerando:

1º—Que la Ley General de Salud contempla que la salud de la población, es un bien de interés público tutelado por el Estado.

2º—Que el cáncer del cuello del útero en Costa Rica constituye una de las enfermedades que más muertes ocasiona entre las mujeres, por la que el Ministerio de Salud debe reforzar las políticas de salud en este campo, y establecer medios efectivos de prevención, detección y tratamiento para la misma.

3º—Que mediante Decreto Ejecutivo Nº 28791-S de 17 de julio del 2000, publicado en *La Gaceta* Nº 103 de 25 de agosto del 2000, se oficializó para efectos de aplicación obligatoria en establecimientos públicos y privados el Manual de Normas y Procedimientos I-II-III para Manejo de la Patología del Cérvix.

4º—Que la Comisión Interinstitucional para la elaboración y actualización de la Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de

Cuello de Útero y Mama, para el I y II Nivel de Atención, han presentado nuevos estudios a este Despacho, lo que ha determinado la necesidad de actualizar dicha normativa. **Por tanto,**

DECRETAN:

Artículo 1º—Oficialícese para efectos de aplicación obligatoria en establecimientos públicos y privados de atención médica (*) “Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello Útero, I – II y III Nivel de Atención y Normas de Laboratorio de Citología”, según anexo al presente Decreto.

() (Modificada su denominación mediante el decreto ejecutivo N° 33650 del 22 de febrero del 2007).*

Artículo 2º—El Ministerio de Salud velará por su correcta aplicación.

Artículo 3º—Deróguese el Decreto Ejecutivo N° 28791-S de 17 de julio del 2000, publicado en *La Gaceta* N° 103 de 25 de agosto del 2000, que oficializó para efectos de aplicación obligatoria en establecimientos públicos y privados el Manual de Normas y Procedimientos I-II-III para Manejo de la Patología del Cervix.

Artículo 4º—Rige a partir de su publicación.

Transitorio único.—La Comisión Interinstitucional para la elaboración y actualización de la Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello de Útero y Mama, para el I y II Nivel de Atención, contará con un plazo no mayor a dos años, para desarrollar e implementar el sistema de información de los procedimientos de atención a la mujer para la prevención y manejo del cáncer de cuello de útero, en el I y II nivel de atención.

(*) Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del

Cáncer de Cuello Útero, I – II y III Nivel de Atención

y Normas de Laboratorio de Citología

() (Modificada su denominación por el decreto ejecutivo N° 33650 del 22 de febrero del 2007).*

Presentación

El Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello de Útero, en el I y II Nivel de Atención, constituye una necesidad sentida por los profesionales de salud de contar con un instrumento actualizado que estandarice los parámetros científicos y éticos para realizar la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de acuerdo al nivel de atención.

Las normas han sido redactadas desde una visión integral teniendo como meta dar respuesta a las necesidades e intereses de las mujeres, a partir de sus especificidades como la edad, la etnia, la orientación sexual, entre otras, desde una perspectiva de respeto a los derechos sexuales y derechos reproductivos de éstas y sus parejas con equidad de género.

Las presentes normas constituyen un instrumento que orienta el quehacer del personal de salud y provee de información útil a las usuarias y a la población en general para que sean las mismas mujeres las monitoras del cumplimiento y exigibilidad de esta norma. Sólo en la medida en que las mujeres estén presentes con sus propias voces en la identificación y priorización de sus problemas de salud, las respuestas institucionales serán más completas,

pues habrán integrado en el diseño de las mismas, sus propios contextos de vida, el de sus parejas y comunidades, reconociendo y respetando sus necesidades e intereses.

Por ello, las normas son un medio para ampliar la cobertura, garantizar los estándares de calidad y calidez en la atención, mejorar las relaciones interpersonales entre usuarias y personal de salud, contar con profesionales cuya competencia técnica sea de excelencia, ser sensibles al género, evitando los sesgos y reconociendo las barreras que poseen las mujeres desde la construcción de su identidad femenina para el cuidado de su propia salud. Debemos comprometernos con el derecho de las personas y en particular de las mujeres, a participar en procesos de aprendizaje, a recibir información oportuna y veraz que se convierta en una herramienta ágil para la toma de decisiones, el buen trato y al respeto a la privacidad, entre muchos otros.

Desde ese marco orientador, se ha visualizado, con un capítulo específico, la importancia en la construcción social de la salud, de la participación ciudadana de manera activa y responsable. Creemos firmemente, que es ésta quien tiene el derecho y el deber de contribuir con el bienestar y el goce de una buena salud sexual, individual y colectiva pero en estrecha relación con el personal de salud y otras instancias relacionadas.

Estamos conscientes de que con este documento y las implicaciones prácticas del proceso de divulgación y apropiación de las normas por parte de los diversos actores involucrados, una vez oficializado el mismo, va a impulsar la estandarización de conocimientos y procedimientos técnicos, así como los principios éticos que la sustentan, entre ellos y uno de los más importantes: visibilizar a las usuarias como sujetas de derechos y deberes.

Esto nos coloca frente a un desafío importante, no sólo entender la norma como un instrumento técnico; sino como un medio para fortalecer también, las capacidades de las mujeres y su empoderamiento y logren mediante la autodeterminación, asumir el cuidado de su propia salud.

Por ello, uno de los principales objetivos de cara al mejoramiento de la salud pública, con relación a la prevalencia e incidencia del cáncer de cuello de útero, es diseñar las estrategias y las políticas públicas de atención cada vez más efectivas, eficientes y humanizadas. Se debe por tanto, tener conciencia plena de que ésta es una enfermedad prevenible.

Las actitudes y prácticas del personal de salud frente a esta problemática deben ser apegadas al cumplimiento de esta normativa y sin duda alguna, enriquecidas y mejoradas por la misma misión de trabajo que siempre los ha caracterizado.

Las normas se fundamentan en el respeto al derecho humano de las mujeres a contar con servicios de salud de calidad y género sensitivos. Es un instrumento que se aplica sin distinción de clase social, etnia, religión, procedencia, orientación sexual, estado conyugal, disminución de alguna capacidad física o mental u otras circunstancias.

Existe un compromiso con el mejoramiento de la salud de las mujeres y hacemos eco de que el mismo debe ser asumido por el Estado Costarricense con los Tratados y

Conferencias Internacionales, así como con las Convenciones y Acuerdos que velan por la eliminación de toda forma de discriminación contra las mujeres.

La Comisión Interinstitucional para la elaboración y actualización de las Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello de Útero y Mama, para el I y II Nivel de Atención, conformada por el Ministerio de Salud, Caja Costarricense del Seguro Social, Instituto Nacional de las Mujeres e Instituto Costarricense Contra el Cáncer, creada en el año 2003, es la responsable de la revisión y actualización del “Manual de Normas y Procedimientos I-II-III nivel del Manejo de la Patología del Cérvix”. Por lo que se abocó a actualizar la norma existente desde el año 2000, con base en la evidencia científica acumulada y elaborar la normativa nacional, identificando publicaciones de artículos relacionados con el tamizaje del cáncer Cérvico uterino, revisión bibliográfica, revisiones sistemáticas, estudios aleatorizados y pericia de expertos nacionales en el campo.

El Ministerio de Salud, como ente rector en materia de dirección, conducción y regulación de la salud de Costa Rica, pone en beneficio y protección de la salud de la mujer y entrega a la comunidad científica y a la sociedad en general, las Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello de Útero, en el I y II Nivel de Atención.

Introducción

El presente documento tiene como propósito normar las actividades y procedimientos relacionados con la promoción de la salud, prevención, detección y tratamiento del cáncer de cuello de útero en el I y II nivel de atención.

A continuación se presentan en forma resumida el contenido de los capítulos de la norma.

El primer capítulo se refiere a la planificación, organización y programación de la atención de la usuaria en el tamizaje.

El segundo capítulo se refiere a las normas programáticas y de organización de la atención de la usuaria en la realización de la colposcopia.

El tercer capítulo aborda la Participación Social como estrategia en la atención integral de las personas, que ha sido incluida dentro de la política del Sector Salud desde 1994, y definida desde entonces como:

“...un proceso de interacción, negociación y concertación, que se establece, entre la población, instituciones gubernamentales y no gubernamentales, mediante la organización, contribución y toma de decisiones, en las que prevalecen los derechos, deberes e intereses

de todos para la construcción de la Salud en Costa Rica”. En este capítulo la participación social establece una relación más estrecha entre la comunidad y las autoridades sanitarias para que la solución de las demandas y necesidades sean acordes a la realidad social, logrando así, maximizar los recursos financieros, humanos y materiales.

Esta norma va orientada a la promoción de la participación social en la promoción de la educación para el autocuidado de la salud de las mujeres y la prevención del cáncer de cuello de útero.

El cuarto capítulo describe el transitorio que indica el tiempo y responsables del análisis, diseño, desarrollo e implementación del Sistema de Información.

El quinto capítulo se refiere al monitoreo, seguimiento y evaluación interna y externa.

DE LAS DEFINICIONES

Para efectos del presente Manual entiéndase por:

1. **ACCESIBILIDAD:** Facilidad de las usuarias para obtener asistencia sanitaria, frente a las barreras organizativas, financieras, geográficas y culturales.

2. **ACTITUDES:** Corresponden la predisposición y los valores que tenemos las personas frente a una situación, problema o comportamiento (posición emocional). Es la que facilita o imposibilita la práctica y/o la ejecución de un nuevo comportamiento.

3. **ACTOR SOCIAL:** Individuo, grupo, organización o institución que actúa en representación de sus intereses con el propósito de realizarlos. Cada actor es un espacio local, cuenta con cierta posición, cantidad de poder y capacidad, de oportunidad para obtener sus objetivos, dentro de un contexto de relaciones y sistemas complejos de interacciones. Para realizar sus intereses deberá formular propuestas y negociarlas.

4. **AG:** Alto grado.

AGC-NOS: Células glandulares de significado indeterminado en donde la lesión no marca para neoplasia.

(Así adicionada la abreviatura anterior mediante el decreto ejecutivo N° 33650 del 22 de febrero del 2007).

5. **AGUS o AGC:** Células glandulares de significado indeterminado.

(Así reformada la abreviatura anterior mediante el decreto ejecutivo N° 33650 del 22 de febrero del 2007).

AIS: Adenocarcinoma in situ.

(Así adicionada la abreviatura anterior mediante el decreto ejecutivo N° 33650 del 22 de febrero del 2007).

ASC: Células escamosas de significado indeterminado

(Así adicionada la abreviatura anterior mediante el decreto ejecutivo N° 33650 del 22 de febrero del 2007).

ASC-H: Células escamosas de significado indeterminado de alto riesgo

(Así adicionada la abreviatura anterior mediante el decreto ejecutivo N° 33650 del 22 de febrero del 2007).

6. **ASCUS o ASC-US:** Células escamosas de significado indeterminado de bajo riesgo

(Así reformada la abreviatura anterior mediante el decreto ejecutivo N° 33650 del 22 de febrero del 2007).

7. **ASIS:** Análisis de Situación de Salud.

8. **ATAP:** Asistente Técnico de Atención Primaria.

9. **ATENCIÓN INTEGRAL:** El carácter integral esta indicado por la sustitución del tratamiento a la enfermedad de cada individuo por su atención continua, dentro de un ambiente familiar y social con una orientación de salud positiva. Se incluye no sólo esfuerzos curativos sino un número importante y creciente de acciones de promoción de la salud. La atención integral se sitúa en todo ciclo vital y en la dimensión biopsicosocial de las personas y su relación con el ambiente. La atención integral reconoce el carácter histórico y social de los hombres y las mujeres.

10. **ATENCIÓN PRIMARIA:** En el marco de una estrategia y no como un nivel de atención, se define como asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación.

11. **ATROFÍA VAGINAL:** Con frecuencia síntoma de menopausia; resecaimiento y adelgazamiento de los tejidos de la vagina y la uretra. Esto puede provocar dispareunia (dolor al tener relaciones sexuales) así como vaginitis, cistitis e infecciones del tracto urinario.

12. **AUTOCAUIDADO:** Asumir responsablemente una atención individual e interiorizada en la persona, desde su integridad biológica, física, social y emocional.

13. **BG:** Bajo grado.

14. **BENIGNO:** Crecimiento de las células no cancerosas, que no invade el tejido adyacente ni se extiende a otras partes del cuerpo.

15. **BIOPSIOSOCIAL:** Reconoce nuevos y diversos condicionantes de la situación de salud de las personas, además de los factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, ecológicos,

considerando la necesidad de desarrollo de todos ellos para el logro de mejores niveles de salud de la población.

16. **BIOPSIA:** Extracción de una muestra de tejido por medio de una aguja hueca o un bisturí y examen microscópico con fines de diagnóstico, de tejidos y otras materias procedentes de un organismo vivo.

17. **BIOPSIA EN CONO (También llamada conización):** Biopsia que consiste en extraer una porción de tejido en forma de cono del cuello de útero usando el procedimiento de escisión electroquirúrgica o el procedimiento de biopsia en cono con bisturí frío. El procedimiento de conización puede utilizarse como tratamiento de las lesiones precancerosas y del cáncer en etapas tempranas.

18. **CARCINOMA IN SITU:** De acuerdo a la definición de la OMS, es una lesión en la que todo el epitelio o la mayor parte de la muestra el aspecto celular de carcinoma. No hay invasión del estroma subyacente.

19. **CARCINOMA MICRO INVASOR DEL CUELLO UTERINO:** Invasión mínima al estroma no mayor a 1 mm. , 1 a 2 invasiones al estroma menor de 5 mm. Y con una extensión horizontal no mayor de 7 mm.

20 **CARNOY:** Solución para realizar fijación en presencia de sangre.

21. **CEPILLADO ENDOCERVICAL:** Obtención de células del canal endocervical por medio de un cepillo.

22. **CÉRVIX:** Porción inferior y estrecha del útero (matriz) ubicada entre la vejiga y el recto. Forma un canal que desemboca en la vagina, la que a su vez se conecta con el exterior.

23. **CITOLOGÍA CERVICOVAGINAL:** Es la toma de muestra de las células del endocérvix y exocérvix. Es uno de los métodos para detectar en etapas tempranas el cáncer de cuello de útero. También conocido como Papanicolaou.

24. **CONOCIMIENTO:** Se refieren a las ideas, información o mensajes que maneja o posee un individuo, a partir de diversos factores: la socialización (referentes colectivos), la experiencia y el acceso informativo entre otros.

25. **COLPOSCOPIA:** Procedimiento exploratorio instrumentado, en el que se emplea un aparato con sistema óptico de aumento, a través del cual se puede observar la vulva, vagina y cérvix uterino, visualizándose en este último, las condiciones de su epitelio, al cual se le pueden realizar tinciones de orientación diagnóstica.

26. **COMUNIDAD:** Personas, familias, organizaciones sociales e instituciones que comparten problemas y percepciones sobre una realidad o situación común, pudiendo habitar o no en un sector geográfico determinado.

27. **CONIZACIÓN:** Resección de una lesión de la zona de transformación del cuello uterino con una profundidad no menor de 5 mm. También se denomina cilindro o cono diagnóstico.

28. **CONO:** Extirpación coniforme de un segmento de cerviz.

29. **CONVOCATORIA:** Anuncio o escrito con que se convoca.

30. **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Documento legal que explica una forma de tratamiento, los riesgos, beneficios y posibles alternativas, el proceso mediante el cual los pacientes indican que están de acuerdo con el tratamiento.

31. **CRIOCIRUGÍA:** Utilización de nitrógeno líquido o de una sonda extremadamente fría para congelar y destruir células cancerosas.

32. **CUIDADO PALIATIVO:** Es la atención específica, activa e integral que deben recibir los pacientes con una enfermedad en fase terminal y sus familias, atendiendo a todas sus necesidades.

33. **DISCAPACIDAD:** Cualquier deficiencia física, mental o sensorial que limite, sustancialmente, una o más de las actividades principales de un individuo.

34. **DISPLASIA:** Cambios morfológicos en las células epiteliales escamosas y columnares del cuello uterino.

35. **EBAIS:** Equipos Básicos de Atención Integral en Salud.

36. **ECTOPRIÓN:** Tejido Glandular del cuello uterino evertido (salido) hacia la vagina.

37. **ELECTROCIRUGÍA:** Empleo de la corriente eléctrica alterna de alta frecuencia para escindir la zona de transformación y la lesión con una profundidad no menor de 5 mm.

38. **EMPODERAMIENTO:** Proceso mediante el cual las personas obtienen control de sus decisiones y acciones relacionadas con su salud; expresan sus necesidades y se movilizan para obtener mayor acción política, social y cultural para responder a sus necesidades, a la vez que se involucran en la toma de decisiones para el mejoramiento de su salud y la de la comunidad.

39. **ENTROPIÓN:** El epitelio cilíndrico del canal cervical aparece como tejido rojo brillante alrededor del orificio y puede sangrar con facilidad. No es una anomalía, pero al ser indistinguible del carcinoma cervical precoz, deben realizarse mas estudios para establecer el diagnóstico diferencial.

40. **EPIDEMIOLOGIA:** Referente al estudio del comportamiento de una enfermedad en una población, lugar y tiempo determinados.

41. **ETAPA:** El avance de un cáncer, si la enfermedad se ha propagado de su sitio original a otras partes del cuerpo.

42. **ESTRATÉGICO:** Es un marco de trabajo para llevar a cabo el pensamiento estratégico, dirección y acción dirigidos a lograr resultados consistentes y planificados.

43. **ESTROMA:** Tejido de sostén de un órgano.

44. **EQUIPO:** Grupo de personas organizado para una investigación o servicio determinado.

45. **EQUIPO INTERDISCIPLINARIO:** Compuesto por personas formadas en diferentes disciplinas profesionales y técnicas, desde distintas vertientes de las ciencias (sociales, de salud, naturales u otras), cuyos conocimientos específicos, capacidades, habilidades y experiencias se complementan facilitando un trabajo integral acorde a la realidad y, por lo tanto más efectivo.

47. **EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO:** Se refiere a un equipo de trabajo con integrantes de diversas disciplinas, sin embargo, en este caso, los límites de las funciones específicas son mucho más flexibles, de manera que las diversas personas asumen tareas de carácter más general, aportando sin rigidez sus competencias propias.

48. **EXAMEN DE SCHILLER:** Examen diagnóstico que consiste en recubrir el cérvix con una solución de yodo para detectar la presencia de células anormales.

49. **EXAMEN PÉLVICO:** Examen interno del útero, vagina, ovarios, trompas de falopio, vejiga y recto.

50. **EXCISIONAL:** Cortar el tejido canceroso con un bisturí o con otros instrumentos para extirparlo completamente y posiblemente algo del tejido vecino. Hay muchos tipos de cirugía excisional, cada una llamada de acuerdo al área particular del cuerpo en el cual son realizadas, o del propósito en particular para lo cual se han hecho.

51. **EXPLORACIÓN:** Examinar si hay enfermedades cuando no hay síntomas.

52. **EVALUACIÓN:** Acción y efecto de evaluar.

53. **EVALUAR:** Estimar, apreciar, calcular el valor de algo.

54. **FACILITADOR:** Persona que se desempeña como instructor u orientador en una actividad.

55. **FACTOR DE RIESGO:** Actividad o factor que puede aumentar las probabilidades de desarrollar una enfermedad.

56. **FAMILISMO:** Considera a la familia como la Unidad y como una entidad homogénea.

57. **FORTALEZA:** Fuerza y vigor.

58. **FROTIS:** Examen que implica la observación microscópica de células extraídas del cérvix, empleado para detectar cambios que pueden ser cancerosos o llevar al cáncer y para identificar condiciones no cancerosas, como infecciones e inflamación.

59. **GÉNERO:** Atributos sociales, psicológicos y culturales que la sociedad asigna a hombres y mujeres.

60. **GINECÓLOGO:** Médico especializado en el cuidado médico general de las mujeres, el diagnóstico y tratamiento de desórdenes del sistema reproductor femenino y el cuidado de las mujeres embarazadas.

61. **GRUPO:** Pluralidad de seres o cosas que forman un conjunto, material o mentalmente considerado.

62. **G 1:** Bien diferenciada.

63. **G 2:** Moderadamente diferenciada.
64. **G 3:** Indiferenciada.
65. **HERPES GENITAL:** Enfermedad de transmisión sexual causada por el virus herpes simplex.
66. **HIPERPLASIA:** Crecimiento anormal de la cantidad de células en un tejido u órgano (por ejemplo, el cérvix o el revestimiento del útero).
67. **HIPERPLASIA ATÍPICA:** Multiplicación anormal de las células que constituyen un tejido.
68. **HISTERECTOMÍA:** Cirugía para remover el útero.
69. **HISTERECTOMÍA TOTAL:** Extirpación quirúrgica completa del útero, que incluye el cérvix.
70. **HISTERECTOMÍA TOTAL CON SALPINGOFORECTOMÍA BILATERAL:** Extirpación quirúrgica de la totalidad del útero, las trompas de falopio y los ovarios.
71. **HISTERECTOMÍA VAGINAL:** Se extirpa el útero a través de la abertura de la vagina.
72. **HISTEROSALPINGOGRAFÍA:** Examen por rayos X del útero y las trompas de falopio en el que se emplea un colorante; suele realizarse para descartar obstrucción de las trompas.
73. **HISTOPATOLOGÍA:** Estudio de la composición y estructura microscópica de los tejidos.
74. **INCIDENCIA:** Frecuencia de la presentación de los casos nuevos de una enfermedad o daño en una población, lugar y tiempo determinados.
75. **INFECCIÓN POR CLAMIDIA:** Enfermedad de transmisión sexual o infección del tracto urinario muy común causada por un organismo parecido a una bacteria que se encuentra en la uretra y en el sistema reproductor.
76. **INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL:** Infección propagada por el coito y por otras relaciones sexuales íntimas.
77. **IDENTIDAD:** Sentimiento íntimo de ser masculino o femenina, está de acuerdo con el papel género (por ejemplo, un hombre siente y actúa como un hombre).

78. **INSERCIÓN:** Acción y efecto de insertarse en la comunidad.
79. **INSERTAR:** Incluir, introducir algo en otra cosa.
80. **INTERACTUAR:** Relación individual y/ o grupal con un objetivo común.
81. **LEGRADO ENDOCERVICAL:** Intervención instrumental que consiste en raspar con una cucharilla una superficie dada, especialmente del canal endocervical.
82. **LEEP:** Cono con asa diatérmica.
83. **LIE:** Lesión intraepitelial.
84. **LNC:** Laboratorio Nacional de Citologías.
85. **LPB:** Linfadectenomía pélvica bilateral.
86. **MALIGNO:** Con presencia de células cancerosas.
87. **MORBILIDAD:** Medida de frecuencia de la presentación de una enfermedad o daño en una población, lugar y tiempo determinado.
88. **MORTALIDAD:** Medida de frecuencia de las defunciones que ocurren en una población, en lugar y tiempo determinado.
89. **NEOPLASIA:** Formación de tejido nuevo de carácter tumoral.
90. **NIC:** Neoplasia intracervical.
91. **NULÍPARA:** Mujer que no a tenido descendencia viable.
92. **OBSTETRA / GINECÓLOGO:** Médico especializado en el cuidado médico general de las mujeres, el diagnóstico y tratamiento de desórdenes del sistema reproductor femenino, y el cuidado de las mujeres embarazadas.
93. **ORGANIZACIÓN:** Asociación de personas regulada por un conjunto de normas en función de determinados fines.
94. **OVARIOS:** Son dos órganos reproductivos femeninos localizados en la pelvis.
95. **OVULACIÓN:** Liberación de un óvulo maduro por un ovario.
96. **ÓVULO:** Óvulo maduro liberado por el ovario durante la ovulación.

97. **PELVIS:** Estructura con forma cóncava en la que se apoya la columna vertebral y que está compuesta por el sacro, el cóccix y los huesos de la cadera (ilíaco, pubis e isquio).

98. **PLAN:** Escrito en que sumariamente se precisan los detalles para realizar una obra; intención o proyecto.

99. **PLANIFICACIÓN:** Plan general, metódicamente organizado y frecuentemente de gran amplitud, para obtener un objetivo determinado, tal como el desarrollo armónico de una ciudad, el desarrollo económico, la investigación científica, el funcionamiento de una industria, etc.

100. **POBLACIÓN BLANCO:** Porción determinada de la población total de mujeres, elegida según características comunes impuestas y descritas mediante condiciones naturales comunes a las mujeres a quienes se dirigirá un programa diseñado.

101. **PRÁCTICAS:** Acciones y eventos que realizamos a lo largo de nuestra vida; son el resultado del contexto familiar, de los hábitos y las costumbres. Es el nivel más complejo, porque implica conocer, tener voluntad y recursos para ejercitar ese conocimiento.

102. **PROCEDIMIENTO DE EXCISIÓN ELECTROQUIRÚRGICA: (Su sigla en inglés es LEEP):** es un procedimiento en el cual se usa un aro de alambre eléctrico delgado para obtener un pedazo de tejido.

103. **POBLACIÓN BLANCO:** Porción determinada de la población total de mujeres, elegida según características comunes impuestas y descritas mediante condiciones naturales comunes a las mujeres a quienes se dirigirá un programa a ser diseñado.

104. **QUIMIOTERAPIA:** Tratamiento con medicamentos para eliminar las células cancerosas.

105. **QT:** Quimioterapia.

106. **Qx:** Quirúrgico.

107. **RADIOTERAPIA:** Tratamiento con rayos de alta energía para eliminar las células cancerosas; puede ser mediante radiación externa o radiación interna de materiales radioactivos colocados directamente dentro o cerca del tumor.

108. **RT:** Radioterapia.

109. **SEXO:** De acuerdo a las diferencias biológicas existentes entre el hombre y la mujer que están desde el momento de nacer, son los órganos reproductores y el sistema endocrino.

110. **TAMIZAJE:** Representa un componente importante en la prevención secundaria, implica la aplicación de una prueba relativamente simple y barata a sujetos asintomáticos con objeto de clasificarlos como portadores probables o no de la enfermedad objeto del tamizaje.

111. **TEJIDO:** Grupo o capa de células que juntas realizan funciones específicas.

112. **TEJIDO EPIDERMÓIDE:** Tejido que recubre la vagina y la porción externa del útero.

113. **TEJIDO GLANDULAR DEL CUELLO DEL ÚTERO:** tejido que recubre la porción interna del útero.

114. **TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA (También llamada escáner CT o CAT):** son procedimientos no invasivos que toman imágenes de cortes transversales del cerebro o de otros órganos internos. Los rayos X más comunes algunas veces no detectan las anomalías vistas en las CT. El CT scan puede indicar nódulos linfáticos agrandados - un signo de que el cáncer posiblemente se esté propagando o de una infección.

115. **TUMOR:** una masa anormal de tejido que resulta de un exceso en la división celular; puede ser benigna (no cancerosa) o maligna (cancerosa).

116. **ULTRASONIDO:** Técnica de imágenes que usa ondas sonoras para producir una imagen de los órganos abdominales en un monitor, como del útero, el hígado y los riñones.

117. **ÚTERO:** También llamado matriz, es un órgano hueco, en forma de pera localizado en la parte inferior del abdomen, entre la vejiga y el recto.

118. **VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (Su sigla VPH):** Grupo de virus que pueden causar verrugas. Algunos HPV se transmiten sexualmente y causan crecimientos parecidos a las verrugas en los genitales. Los HPV se asocian con algunos tipos de cáncer.

119. **VULVA:** Parte externa y visible de la zona genital femenina.

120. **ZONA DE TRANSFORMACIÓN:** Zona donde el tejido glandular del cuello del útero se transforma en tejido no epitelial queratinizado.

Antecedentes

1. Epidemiología del cáncer de cuello de útero en Costa Rica

El cáncer constituye hoy día una de las enfermedades que más muertes ocasiona entre los costarricenses.

Entre todos los tipos de neoplasias que afectan a las mujeres destaca en forma importante el cáncer de cuello de útero. Antes de empezar el análisis de las cifras estadísticas es importante recordar que por las características del cáncer, el mismo sufre variaciones lentas a través de los años presentando cambios importantes en períodos largos de tiempo.

La siguiente gráfica presenta las tasas estandarizadas de incidencia anual (década de los noventa e inicio del dos mil) de los cinco principales tipos de cáncer que afecta a la población femenina de Costa Rica.

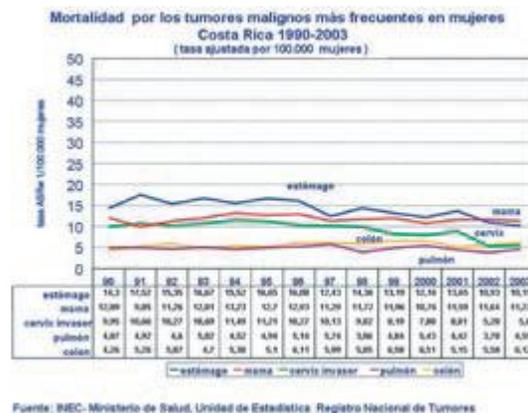


Fuente: Ministerio de Salud, Unidad de Estadística, Registro Nacional de Tumores

Como se logra apreciar el cáncer invasor de cuello de útero se ha ubicado entre los primeros lugares de incidencia, solo superado por las neoplasias malignas de mama, piel y estómago. A pesar de mostrar un descenso en las cifras de incidencia al pasar de una tasa de 22.80 casos por 100.000 mujeres a principios de los noventa a 18.17 casos por 100.000 mujeres a inicios de la década actual, el cáncer de cuello de útero continúa siendo un problema serio de salud en las mujeres de nuestro país, a pesar de ser una enfermedad prevenible.

De acuerdo con la distribución geográfica del cáncer invasor de cuello de útero en el 2000, las provincias que presentaron tasas de incidencia más elevadas son: Limón (21.94 casos por 100.000 mujeres) y Puntarenas (19.44 casos por 100.000 mujeres) y la que presentó tasa más baja es la provincia de Alajuela (16.62 casos incidentes por 100.000 mujeres).

El siguiente gráfico presenta los principales tipos de cáncer que ocasionan muerte entre las mujeres de nuestro país de los años 1990 al 2003.



El cáncer de cuello de útero se ubica en el tercer lugar como causa de muerte entre todos los tipos de cáncer entre la población femenina durante las décadas de los noventa y principios del nuevo milenio. Se observa una disminución en la mortalidad por este tipo de neoplasia al pasar de una tasa de 9.95 muertes por 100.000 mujeres en el año 1990 a 5.60 muertes por 100.000 mujeres en el año 2003.

La siguiente gráfica presenta las cifras correspondientes a la incidencia del cáncer de cuello de útero in situ, invasor y su mortalidad en Costa Rica en un período de diez años (década de los noventa). Los datos son presentados en tasas estandarizadas anuales.



A partir de la década de los noventa se ha notado un aumento en la tendencia de cáncer in situ, una disminución en la tendencia de la incidencia de cáncer invasor y a partir de la segunda mitad de la década de los noventa se ha presentado una disminución en la mortalidad por este tipo de cáncer.

Objetivos

1. Objetivo General

Normar los procedimientos de la Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello de Útero, en el I y II Nivel de Atención.

2. Objetivos específicos

1. Estandarizar los procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello de Útero, en el I y II Nivel de Atención.
2. Promover las acciones y actividades del equipo de salud para la participación social en la promoción del autocuidado de la salud de las mujeres y la prevención del cáncer de cuello de útero.
3. Facilitar la utilización de indicadores de cumplimiento de la norma, para evaluar la calidad de la atención integral de tamizaje y manejo del Cáncer de Cuello de Útero en la red de servicios.

Categorización de la Evidencia

La comisión designada al efecto se abocó a actualizar la norma existente del año 2000. con base en la evidencia científica acumulada y elaborar la normativa nacional, identificando publicaciones de artículos relacionados con el tamizaje del cáncer cérvico uterino, revisión bibliográfica, revisiones sistemáticas, estudios aleatorizados y pericia de expertos nacionales en el campo.

Toda la evidencia analizada se categorizó de acuerdo con el peso o la fuerza de la recomendación, clasificándose de la siguiente forma:

Categoría de Evidencia (61)

- Ia. Evidencia procedente de revisiones sistemáticas.
- Ib. Evidencia procedente de por lo menos 1 revisión.
- IIa. Evidencia procedente de por lo menos 1 estudio controlado no aleatorizado.
- IIb. Evidencia procedente de por lo menos 1 estudio quasi experimental.
- III. Evidencia de estudios descriptivos no experimentales.
- IV. Evidencia de reportes de comités de expertos, opiniones o experiencia clínica de autoridades.

Fuerza de la Recomendación (61)

- A. Directamente basada en evidencia tipo I.
- B. Directamente basada en evidencia tipo II.

C. Directamente basada en evidencia tipo III.

D. Directamente basada en evidencia tipo IV.

La presente norma menciona en sus respectivos apartados la “Fuerza de la Recomendación”, ya sea tipo A, B o C; en los apartados en los que no se especifica esto, corresponde a Fuerza de la Recomendación Tipo D.

CAPÍTULO I. NORMAS PARA EL TAMIZAJE

1. Planificación de la atención

1.1 Planificación de la Consulta

Los Centros de salud públicos en su Análisis de Situación de Salud (ASIS) deben tener un registro de la población total de mujeres de su área de atracción, por grupo de edad (quinquenales) que debe ser actualizado cada año. Para obtener dicha información puede utilizar las fuentes oficiales.

Cada centro de salud público, debe localizar a las usuarias que nunca se les haya tomado una citología cérvico vaginal o que su última citología sea mayor de dos años; para referirlas al tamizaje.

2. Programación de la atención

Durante la consulta el personal de salud debe otorgar una atención respetuosa, competente, que dignifique y eduque a la usuaria, en su calidad de sujeta de la atención, tomando en consideración su contexto de vida, historia personal y conocimientos, sin distingo de edad, etnia, clase social, orientación sexual, religión, discapacidad y condición de aseguramiento, entre otros.

El profesional en ciencias médicas debe proveer información detallada y con lenguaje comprensible, relacionada con el diagnóstico, el tratamiento y sus consecuencias, mostrando sensibilidad, calidez y cordialidad en el momento de establecer el diálogo. Debe respetarse siempre las decisiones tomadas por las usuarias, acerca del tratamiento, habiéndose garantizado previamente, la entrega de la información y explicaciones respectivas.

El personal de salud debe indicarle a la usuaria su derecho a permanecer acompañada por una persona de su preferencia, durante la consulta.

2.1 Población blanco

Toda mujer de veinte (20) años y más que haya iniciado relaciones sexuales coitales, sin importar su condición de asegurada. *Fuerza de la Recomendación tipo A (16, 21, 70, 79)*

2.2 Concentración

El profesional en medicina o profesional en enfermería deben realizar una citología cérvico vaginal cada dos años a toda mujer que pertenezca a la población blanco cuya citología cérvico vaginal anterior tenga el diagnóstico normal o inflamatorio específico o inespecífico.

En el caso de presentar infección por tricomonas, *Candida albicans*, *Gardnerella vaginalis*, herpes simplex, u otra infección que no tenga relación con el virus de papiloma humano recibirá el tratamiento y seguimiento correspondiente. Se programará la próxima citología en dos años.

Toda mujer histerectomizada por lesiones benignas debe realizarse el examen cada dos años y las histerectomizadas por lesiones premalignas o cáncer deben realizarse el examen cada año durante los siguientes 10 años después de lo cual si las citologías están normales entonces se seguirán realizando cada dos (2) años. *Fuerza de la Recomendación tipo A (76).*

Toda usuaria con resultado de células escamosas de significado indeterminado (ASCUS), células glandulares de significado indeterminado (AGUS), lesiones sugestivas de presencia de virus de papiloma humano (VPH) y displasia leve o lesión intraepitelial de bajo grado (LIEBG), displasia moderada, displasia severa, carcinoma in situ o lesión intraepitelial de alto grado (LIEAG) y lesiones invasoras deben ser referidas para colposcopia. (Véase

Capítulo II, punto 4. Seguimiento a usuarias con citologías cérvico vaginales alteradas). Fuerza de la Recomendación tipo A (20).

2.3 Cobertura

La cobertura del tamizaje debe ser al menos del 85 % de la población blanco cada dos (2) años. Lo que equivale a un 42.5 % cada año.

2.3.1 Indicador de cobertura

Se calcula colocando en el numerador el número de mujeres con citología tomada cada dos años, entre el denominador que constituyen las mujeres de veinte (20) años o más (ya que el promedio de inicio de relaciones sexuales en Costa Rica es de diecisiete (17) años). (11)

$$\frac{\text{Número de mujeres con citología tomada en el período} \times 100\%}{\text{Total de mujeres de 20 años o más en el período}} =$$

2.4 Rendimiento

El número de usuarias atendidas por el profesional de salud que hace la toma de la citología cérvico vaginal debe ser de cinco (5) mujeres por hora, con una duración promedio de doce (12) minutos por usuaria.

El especialista en ginecoobstetricia y el personal de salud del sector privado, atienden cuatro (4) mujeres por hora, con una duración promedio de quince (15) minutos por usuaria.

3. Organización de la atención

3.1 Consulta en el sector público

Los centros de salud deben de asegurar el acceso al servicio de toma de citologías cérvico vaginales de acuerdo con la población blanco que contemple su área de atracción, brindando la toma de citología en todas las consultas: generales, de planificación familiar, de prenatal, post-natal, o en la consulta específica de tamizaje.

Los horarios de atención u horas dedicadas a este servicio, deben ser acordes a la demanda esperada, para asegurar el acceso equitativo a toda la población blanco.

3.2 Recursos Humanos responsables de la toma de citología

El profesional responsable de la toma de citología es el Médico o el profesional en enfermería.

3.3 Planta Física

La toma de la citología cérvico vaginal puede realizarse en un consultorio o en cualquier local acondicionado para este fin que ofrezca la privacidad y comodidad requeridas por la mujer dependiendo de sus particularidades físicas.

El local debe tener acceso cercano a un servicio sanitario y un espacio privado dentro del consultorio para que la mujer pueda desvestirse de ropa y colocar sus pertenencias.

3.4 Mobiliario

Para la toma de la citología cérvico vaginal es necesario contar con mobiliario adecuado a las particularidades físicas de la usuaria, el cual debe incluir:

- 3.4.1 Camilla para exploración ginecológica y en casos de discapacidad cumplir con la Ley 7600. Gradilla.
- 3.4.2 Silla o banquillo con ruedas y ajustable para el profesional que hace la toma.
- 3.4.3 Lavatorio y dispensador de jabón.
- 3.4.4 Basurero con tapa y bolsa plástica roja.
- 3.4.5 Balde de acero inoxidable con agua jabonosa.
- 3.4.6 Silla y escritorio para el o la profesional.
- 3.4.7 Silla para la usuaria.
- 3.4.8 Mesa para colocar el kit de citología.

3.5 Suministros

Para la toma de la citología cérvico vaginal es necesario contar con:

- 3.5.1 Lámpara de cuello ganso.
- 3.5.2 Espéculos grandes, medianos y pequeños.
- 3.5.3 Líquido fijador tipo carbowax en gotero o en spray (sirve para 20-25 Kits).
- 3.5.4 Pinza Kelly o Forester.
- 3.5.5 Toallas sanitarias femeninas.
- 3.5.6 Aplicadores de algodón.
- 3.5.7 Tubos de ensayo.
- 3.5.8 Kit para citología vaginal que incluya (Anexo 18):
 - 3.5.8.1 Lámina de vidrio.

- 3.5.8.2 Espátula de madera o plástico.
 - 3.5.8.3 Cito Brush o cepillo endocervical.
 - 3.5.8.4 Liga fuerte y de mediano tamaño.
 - 3.5.8.5 Portalámina acorde al tipo de lámina usada.
-
- 3.5.9 Líquido fijador tipo carnoy.
 - 3.5.10 Torundas de gasa y algodón.
 - 3.5.11 Lápiz de grafito.
 - 3.5.12 Guantes descartables de diferentes tamaños.
 - 3.5.13 Sábanas en buen estado y limpia.
 - 3.5.14 Rollos de papel para camilla.
 - 3.5.15 Toallas de papel para secarse las manos.
 - 3.5.16 Sello del establecimiento.

3.6 Papelería y documentación

Para la toma de la citología cérvico vaginal es necesario contar con la siguiente papelería y documentación:

- 3.6.1 Ejemplar de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello de Útero, en el I y II Nivel de Atención.
- 3.6.2 Material educativo.
- 3.6.3 Tarjeta de solicitud de la citología cérvico vaginal (CCSS 4-70- 05-0340)

Ver anexo N° 1.

3.6.4 Carné de Citología cérvico vaginal. Ver anexo N° 2.

3.6.5 Sistema de Registro local de toma de la citología cérvico vaginal.

Ver anexo 19.

3.6.6 Reporte de Estudio Citológico para el expediente Clínico. Ver anexo N° 3.

3.6.7 Hojas de referencia y contrarreferencia (CCSS 4-70-04-0140).

Ver anexo N° 4.

3.6.8 Sello específico para registrar la toma de la citología en el expediente.

Ver anexo N° 5.

4. Tamizaje en los establecimientos de salud

4.1 Detección de la población blanco

El asistente técnico de Atención Primaria en Salud (ATAP's), el auxiliar de enfermería, el enfermero y el médico, detectan a la población blanco, por medio de las visitas en el hogar, en la consulta, en el consultorio privado o laboral y con el apoyo de los líderes de la comunidad.

4.2 Captación e inscripción

La usuaria ingresa al programa de tamizaje al momento de tomarse la primera citología cérvico vaginal.

A toda mujer que haya sido captada en el programa de tamizaje, se le debe registrar en su expediente clínico la toma de la citología, sino tiene expediente se le debe abrir uno.

El carné de citología cérvico vaginal debe llenársele a la usuaria y dejarlo en el expediente. Si la usuaria ya posee un carnet, este debe adjuntársele al expediente, para ser entregado posteriormente con el resultado y la nueva cita.

4.3 Pre-consulta

Los centros de salud públicos deben ofrecer educación grupal sobre temas de promoción de la salud, autocuidado y prevención de cáncer de cuello de útero, mientras las mujeres están en la sala de espera.

La persona responsable de la pre-consulta brinda información y orientación a las usuarias según sus necesidades e inquietudes en materia de cáncer de cuello de útero y toma de la citología cérvico vaginal, la información debe ser oportuna, veraz confiable y entendible por la usuaria.

En los centros de salud públicos, el auxiliar de enfermería al preparar a las usuarias de todas las consultas, debe revisar el expediente de cada una para corroborar que tienen registrada la toma de citología cérvico vaginal, en un período menor a dos años, en los casos en que no la tienen o ya se cumplieron los dos años de realizada, o si existe indicación de repetirla. Se debe consultar con la usuaria si desea realizarse la citología en ese momento o se le da cita para otro día. Posterior a esto se procede a hacer el llenado de la tarjeta de solicitud y de la laminilla. Se le sugiere a la usuaria orinar antes del procedimiento.

El auxiliar de enfermería procede a llenar, con lapicero y letra de imprenta legible y clara, los datos de la usuaria en la tarjeta de solicitud en forma completa, que son los siguientes: Nombre del centro de atención y su correspondiente código, Área de Salud, Región de Salud, nacionalidad, primer apellido, segundo apellido y nombre, fecha de nacimiento, edad, teléfono, dirección (provincia, cantón y distrito) y número de la cédula de identidad de la usuaria o documento de identificación que posea. (Véase Anexo 1).

La lámina debe rotularse con lápiz de grafito, en la parte esmerilada, escribiendo con letra clara y legible, el nombre completo de la usuaria y su número de cédula de identidad o del documento de identificación que posea.

Una vez llenada la solicitud de citología, la laminilla y lo relacionado con el expediente, estos son trasladados al consultorio del profesional.

Los centros de salud privados deben llenar igualmente la tarjeta de solicitud de citología y la laminilla siguiendo la normativa anteriormente citada, así como la educación en salud pertinente.

4.4 Consulta

Durante la consulta el personal de salud debe otorgar una atención respetuosa, competente, que dignifique y eduque a la usuaria, en su calidad de sujeta de la atención, tomando en consideración su contexto de vida, historia personal y conocimientos, sin distingo de edad, etnia, clase social, orientación sexual, religión, discapacidad y condición de aseguramiento, entre otros.

El profesional en medicina y el profesional en enfermería que hacen la toma, deben iniciar con la historia clínica y concluir el llenado de la parte que le corresponde en la tarjeta de solicitud, además debe tener en consideración lo siguiente:

4.4.1 Si la usuaria ha utilizado medicamentos vía vaginal setenta y dos (72) horas antes de tomar la citología no debe realizarse la toma y dar cita para otro día.

4.4.2 El sangrado menstrual u otro tipo de sangrado no es contraindicación para la toma de la citología. Si hay sangrado la muestra debe fijarse con fijador tipo carnoy.

4.4.3 El haber tenido relaciones coitales la noche previa no es contraindicación para la toma de la muestra.

4.4.4 Si la usuaria presenta patologías propias del embarazo que contraindica la toma, se pospone ésta hasta la resolución de la patología.

4.4.5 Para realizar la citología cérvico vaginal en una usuaria con discapacidad, los centros de salud deben cumplir con la Ley 7600 de 2 de mayo de 1996.

El profesional en salud debe explicar a la usuaria, en términos que ella comprenda, en qué consiste el examen y el objetivo del mismo.

Se le debe mostrar los instrumentos que se utilizarán llamándolos por su nombre, asegurándole la inocuidad de los mismos y se le pide que colabore relajándose para evitar molestias.

Se invita a la usuaria a pasar al espacio disponible para quitarse la ropa interior y luego se le solicita su colaboración al acostarse en la cama en posición ginecológica, de manera que se encuentre cómoda y además se le cubre con una sábana. En caso de mujeres con discapacidad o adultas mayores con dificultad para subirse a la camilla y colocarse en posición ginecológica, debe proveérsele la ayuda necesaria.

El personal de salud debe informar y permitir que la usuaria permanezca acompañada por una persona de su preferencia, si así ella lo indicara.

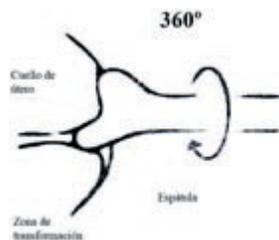
En caso de que otros profesionales o estudiantes deseen observar o participar en este procedimiento se le debe pedir a la usuaria, previo al procedimiento, su consentimiento informado, el cual debe estar firmado por ambas partes en el expediente.

4.5 Toma de la citología cérvico vaginal

Se introduce un espéculo vaginal con delicadeza, sin lubricante, ni agua; los espéculos pequeños se utilizan preferentemente en nulíparas y en usuarias adultas mayores, mientras que los medianos y grandes, se utilizan dependiendo de las características físicas de la usuaria.

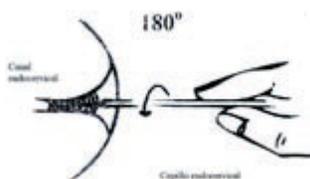
Con la parte acorazonada o de forma de trébol de la espátula se toma la muestra de la zona de transformación, se apoya la espátula en el os externo, y se efectúa un raspado firme pero delicado, girándola 360 grados.

Figura N° 1. Toma de muestra con la espátula.



Posteriormente, se obtiene la muestra endocervical, introduciendo el cepillo en el canal hasta la longitud donde estén presentes las cerdas del cepillo, luego se gira no más de 180 grados, porque puede producir sangrado y dificultar la lectura de la muestra. En las usuarias que presentan sequedad del cuello del útero o cuando no hay disponible un cepillo endocervical, se puede utilizar un hisopo de algodón humedecido en solución salina para el endocérvix.

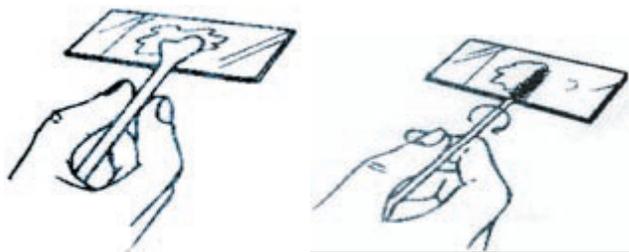
Figura N° 2. Toma de muestra con el cepillo endocervical.



El material obtenido con la espátula se extiende delgada y uniformemente sobre la totalidad de la superficie de la lámina no esmerilada.

Seguidamente, el cepillo endocervical es girado sobre la superficie de la lámina depositando el material de la muestra sobre la misma. En caso de usar un hisopo de algodón, éste también debe ser girado sobre la lámina y no frotado, de manera que las células (muestra) sean transferidas a la lámina sin triturarlas.

Figura N° 3. Manera de extender la muestra en la laminilla.



En los casos que presenten exceso de secreciones, moco o sangre alrededor del cuello de útero, se deben limpiar, previo a la toma, con una torunda de gasa. Si por las características de la secreción o flujo se sospecha de alguna infección, el profesional toma y envía un

frotis al laboratorio, o se procede a establecer el diagnóstico clínico y a indicar el tratamiento correspondiente por parte del médico.

En muchas mujeres se presenta el ectropión, que consiste en epitelio endocervical expuesto, éste no es indicativo de lesión ni requiere tratamiento.

Al realizar la citología cérvico vaginal también se debe realizar una inspección detallada de la vulva, el introito, las paredes vaginales y el cuello de útero, para detectar anomalías. En caso de detectarse anomalías macroscópicas, la usuaria debe ser referida a colposcopia sin esperar los resultados de la citología.

4.6 Toma de la muestra en situaciones especiales

A las mujeres embarazadas, el examen se realiza en forma convencional, sin utilizar el cepillo en el canal endocervical.

En mujeres histerectomizadas sin cuello de útero se realiza el examen en forma convencional, pero solo se utiliza la espátula para tomar la muestra del fondo de saco vaginal y las mujeres histerectomizadas con cuello de útero se les realiza el examen en forma convencional.

4.7 Fijación de la citología cérvico vaginal

Con el fin de evitar la desecación y la disminución de la calidad de la muestra, se debe utilizar el fijador pertinente de inmediato.

Los fijadores que se mencionan a continuación se utilizarán dependiendo del tipo de muestra que se haya obtenido.

4.7.1 Fijador tipo carbowax. Cuando viene en envase de gotero se debe cubrir la lámina con doce (12) gotas. Cuando el fijador viene en un sobre, el líquido debe ser vertido sobre la lámina en su totalidad, cuando el envase viene en presentación de aerosol (spray) la lámina debe cubrirse con una capa fina de la solución a una distancia de doce (12) cm.

4.7.2 Fijador tipo Carnoy. Ante la presencia de sangre en la muestra, la lámina debe ser sumergida al menos veinte (20) minutos en Carnoy. La fórmula del Carnoy es la siguiente: 600 ml Alcohol Absoluto, 300 ml Cloroformo, 100 ml Ácido Acético al 5%.

La lámina se deja secar completamente antes de empacarla para el envío. Este fijador es muy volátil, por lo que el frasco debe permanecer cerrado.

4.8 Empaque de la citología cérvico vaginal

Toda lámina debe de estar completamente seca antes de ser empacada para su envío y debe empacarse el mismo día de la toma.

La lámina debe acompañarse con la tarjeta de solicitud de estudio citológico y empacarse de manera que se garantice su integridad, por medio del porta láminas a disposición.

El auxiliar de enfermería o responsable debe verificar que la tarjeta y la laminilla estén completamente llenas y que correspondan una con la otra.

4.9 Envío de la Citología cérvico vaginal al laboratorio

El Sector Público envía las citologías cérvico vaginales al laboratorio de referencia correspondiente.

En cualquiera de los establecimientos públicos, el personal auxiliar de enfermería o profesional es el responsable de dejar anotadas las citologías tomadas en el sistema de registro de citologías, antes de ser enviadas al laboratorio.

4.10 Registro de la información

Los centros de salud públicos y privados deben tener un sistema de registro (manual o electrónico) que permita almacenar la información de los procedimientos realizados a las usuarias, como lo son el diagnóstico de la citología, los hallazgos por colposcopia, biopsia y el tratamiento aplicado, con la finalidad de brindar un adecuado seguimiento a esta

patología. El sistema de registro para la prevención y manejo del cáncer de cuello de útero, debe contener al menos la siguiente información:

4.10.1 Número de identificación.

4.10.2 Tipo de identificación.

4.10.2.1 Cédula de identidad registro civil.

4.10.2.2 Cédula de residencia.

4.10.2.3 Pasaporte.

4.10.2.4 Permiso de trabajo.

4.10.3 Nombre de la usuaria: Primer apellido Segundo Apellido Nombre completo.

4.10.4 Fecha de nacimiento de la usuaria.

4.10.5 Edad de la usuaria.

4.10.6 Teléfono en donde se pueda localizar a la usuaria.

4.10.6.1 Habitación.

4.10.6.2 Trabajo.

4.10.6.3 Otro.

4.10.7 Dirección del domicilio:

4.10.7.1 Provincia.

4.10.7.2 Cantón.

- 4.10.7.3 Distrito.
- 4.10.7.4 Barrio.
- 4.10.7.5 Dirección exacta de la usuaria.

- 4.10.8 Código del centro de salud.
- 4.10.9 Nombre del centro de salud.
- 4.10.10 Teléfono del centro de salud.
- 4.10.11 Tipo de profesional que toma la muestra.
- 4.10.12 Nombre del profesional que toma la muestra.
- 4.10.13 Código del profesional que toma la muestra.
- 4.10.14 Resultado de la citología anterior.
- 4.10.15 Fecha de la toma de la citología.
- 4.10.16 Fecha de envío de la muestra al laboratorio de citología.
- 4.10.17 Fecha de recibido del reporte del laboratorio de citología.
- 4.10.18 Código del diagnóstico de citología.
- 4.10.19 Descripción del diagnóstico de la citología.
- 4.10.20 Fecha de notificación de resultado a la usuaria.
- 4.10.21 Tratamiento recibido que tipo, fecha de recibido.

Los datos siguientes deben ser llenados para usuarias con citología alterada:

- 4.10.22.1 Fecha de entrega de referencia a colposcopia.
- 4.10.22.2 Fecha de recibido de contrarreferencia por colposcopia.

- 4.10.22.3 Fecha de realización la colposcopia.
- 4.10.22.4 Hallazgo por colposcopia.
- 4.10.22.5 Resultado del diagnóstico de la biopsia.
- 4.10.22.6 Tratamiento recibido:

- 4.10.22.6.1 Quimioterapia.

- 4.10.22.6.2 Radioterapia.

- 4.10.22.6.3 Braquiterapia.

- 4.10.22.6.4 Cirugía.

- 4.10.22.6.5 Otros.

- 4.10.22.7 Fecha de la próxima citología.

Para los establecimientos de salud públicos existen dos laboratorios de referencia en el país.

El Laboratorio Nacional de Citología teléfono 296-8625.

El Laboratorio Regional de Citología, ubicado en servicio de patología del Hospital Dr. Escalante Pradilla de la Región Brunca.

Teléfono: 771-3122, 771-0319, 771-1885.

Los laboratorios que leen las citologías, tanto públicos como privados, deben reportar al menos la siguiente información a los centros de referencia:

- 4.10.23.1 Número de identificación.

- 4.10.23.2 Tipo de identificación.

- 4.10.23.2.1 Cédula de identidad registro civil.
- 4.10.23.2.2 Cédula de residencia.
- 4.10.23.2.3 Pasaporte.
- 4.10.23.2.4 Permiso de trabajo.
- 4.10.23.2.5 Nombre de la usuaria: Primer apellido segundo apellido nombre completo.
- 4.10.23.6 Fecha de nacimiento de la usuaria.
- 4.10.23.7 Edad de la usuaria.
- 4.10.23.8 Teléfono en donde se pueda localizar a la usuaria.
 - 4.10.23.8.1 Habitación.
 - 4.10.23.8.2 Trabajo.
 - 4.10.23.8.3 Otro.
- 4.10.23.9 Dirección del domicilio:
 - 4.10.23.9.1 Provincia.
 - 4.10.23.9.2 Cantón.
 - 4.10.23.9.3 Distrito.
 - 4.10.23.9.4 Barrio.
 - 4.10.23.9.5 Dirección exacta de la usuaria.
- 4.10.23.10 Código del centro de salud de procedencia.
- 4.10.23.11 Nombre del centro de salud de procedencia.

- 4.10.23.12 Fecha de recibo de la solicitud de estudio citológico.
- 4.10.23.13 Fecha de la citología anterior.
- 4.10.23.14 Calidad de la muestra.
 - 4.10.23.14.1 Adecuada.
 - 4.10.23.14.2 Inadecuada.
- 4.10.23.15 Código del diagnóstico de la citología.
- 4.10.23.16 Descripción del diagnóstico de citología.
- 4.10.23.17 Si el resultado es positivo por lesiones pre-malignas indicar:
 - 4.10.23.17.1 Fecha de notificación
 - 4.10.23.17.2 Número telefónico.
 - 4.10.23.17.3 Persona responsable a quien se notifica.
- 4.10.23.18 Fecha de la próxima citología.

Todos los centros públicos deben contar con una lista de envío y recibo de las laminillas de citología, con firma, sello y fecha de entrega, de los laboratorios correspondientes.

Para las usuarias que acuden a los establecimientos de salud privados, las citologías cervicovaginales deben ser enviadas a los laboratorios privados habilitados por el Ministerio de Salud.

Los laboratorios privados que analizan citologías cervico vaginales deben reportar, cada mes, los resultados de las citologías tomadas al Ministerio de Salud, utilizando el flujograma de información contemplada en el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, promulgado mediante

Decreto Ejecutivo N° 30945-S de 18 de noviembre del 2002, publicado en *La Gaceta* N° 18 de 27 de enero del 2003.

Estos laboratorios privados deben reportar la siguiente información al Ministerio de Salud:

- 4.10.24 Nombre del laboratorio.
- 4.10.25 Toma realizada por los profesionales en medicina o enfermera y código.
- 4.10.26 Fecha de la toma de citología.
- 4.10.27 Fecha de recibido de la muestra por el laboratorio.
- 4.10.28 Nombre de la usuaria.
- 4.10.29 Edad de la usuaria.
- 4.10.30 Número de cédula, cédula de residencia, pasaporte o identificación.
- 4.10.31 Dirección exacta del domicilio de la usuaria (provincia, cantón, distrito, barrio de la dirección de la usuaria).
- 4.10.32 Teléfono en donde se pueda localizar a la usuaria (casa, otro).
- 4.10.33 Fecha de citología anterior.
- 4.10.34 Calidad de la muestra (adecuada o inadecuada).
- 4.10.35 Diagnóstico citológico.
- 4.10.36 Si el resultado es positivo por lesiones pre-malignas o cáncer indicar fecha de notificación y personal responsable a quién se notifica.

Por su parte, el laboratorio debe entregar los reportes que posee del lugar, a más tardar veinte (20) días hábiles después de haber ingresado al laboratorio.

4.11 Recibo de reportes y entrega de resultados (Sector Público)

La persona responsable de recoger los resultados de la citología debe entregarlo al personal de Registros Médicos (REMES).

El personal de REMES sella las hojas de reporte citológico, con la fecha de recibido y levanta un listado de las citologías recibidas.

El personal de REMES recibe los reportes, los introducen en sus correspondientes expedientes y se los pasa al profesional en medicina en las (veinticuatro) 24 horas hábiles siguientes de recibido el reporte.

El profesional en medicina revisa los resultados de los reportes, los consigna en el expediente y llena en el carné de citología lo correspondiente al resultado y fecha de la próxima citología.

Si el resultado es negativo, el personal de REMES entregará el carné a la usuaria con la próxima cita.

Si el resultado está alterado, se localizará y se dará cita a la usuaria a más tardar ocho (8) días después con el profesional en medicina; quien dará seguimiento al caso.

El profesional en medicina debe dejar anotado en el expediente y en el carné el resultado de la citología y la referencia para el centro de colposcopia que le corresponde.

Es un derecho de la usuaria que en un plazo no mayor de dos (2) meses obtenga el resultado de la citología realizada.

4.12 Sistema de Referencia y contrarreferencia

El profesional en medicina debe realizar la referencia a colposcopia a la usuaria que amerite.

La referencia debe contener como mínimo la siguiente información:

4.12.1 Nombre completo de la usuaria.

4.12.2 Número de identificación.

4.12.3 Edad.

- 4.12.4 Teléfono.
- 4.12.5 Dirección completa de la usuaria.
- 4.12.6 Nombre y sello del centro que refiere.
- 4.12.7 Historia clínica.
- 4.12.8 Resultado de la citología.
- 4.12.9 Motivo de referencia.

Una copia de esta referencia debe quedar en el expediente de la usuaria.

En caso de recibir una contrarreferencia enviado por los niveles superiores de atención esta debe quedar en el expediente y seguir el control que la usuaria amerite.

5. Clasificación utilizada para las citologías cérvico vaginales

Las clasificaciones que se utilizan para los resultados de las citologías cérvico vaginales son: la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE- 10) y la de Bethesda, como se muestra en el cuadro siguiente: *Fuerza de la Recomendación tipo A. (40, 60)*

Clasificación de Bethesda	Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10
ASCUS (CÉLULAS ESCAMOSAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO)	N88.9 TRASTORNO NO INFLAMATORIO DEL CUELLO DEL UTERO, NO ESPECIFICADO
AGUS (CÉLULAS GLANDULARES DE SIGNIFICADO INDETERMINADO)	
LESIÓN INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO (LIEBG)	N87.0 DISPLASIA CERVICAL LEVE
	Neoplasia cervical grado I (NIC I)
	N87.1 DISPLASIA CERVICAL
LESIÓN INTRAEPITELIAL DE ALTO	MODERADA
	Neoplasia cervical grado II (NIC II)

GRADO (LIEAG)

N87.2 DISPLASIA CERVICAL SEVERA

Neoplasia cervical grado III (NIC III)
D.06 CARCINOMA IN SITU

CAPÍTULO II. NORMAS PARA LA REALIZACIÓN DE LA COLPOSCOPIA

1. Normas programáticas para la realización de la colposcopia

1.1 Población blanco:

Fuerza de la Recomendación tipo A (58).

1.1.1 Toda usuaria con citología alterada .

1.1.2 Toda usuaria con lesión clínica sospechosa del cuello de útero, vagina o vulva.

1.2 Concentración

De acuerdo con la evolución patológica de la usuaria y al criterio del profesional en medicina.

1.3 Cobertura

La cobertura es del 100% de la población referida por año sin importar condición de aseguramiento (asegurada o no). Fuerza de la Recomendación tipo A (58).

Las mujeres con enfermedad maligna o premaligna de cuello de útero tendrán derecho a la seguridad social. Cuando no las cobijen otros regímenes, disfrutarán de este derecho por cuenta del Estado. Para ello, la Caja Costarricense del Seguro Social adoptará las medidas respectivas. Los centros o servicios públicos de prevención y atención de la salud quedarán obligados a prestar, en forma inmediata, el servicio que esta población requiera sin discriminación de raza, género, condición social ni nacionalidad.

(Así reformado el inciso anterior mediante el decreto ejecutivo N° 33650 del 22 de febrero del 2007).

1.3.1 Indicador de cobertura

Porcentaje de mujeres que se realizó la colposcopia a nivel nacional.

Se calcula colocando en el numerador el número de mujeres que se les realizó la colposcopia a nivel nacional, entre el denominador, que los constituyen el total de mujeres que fueron referidas para colposcopia a nivel nacional.

Nº mujeres que se les realizó colposcopia a nivel Nacional en el período x 100

Total de mujeres referidas a colposcopia a nivel Nacional en el período.

Porcentaje de mujeres que se realizó la colposcopia a nivel del área de atracción del centro de colposcopia.

Se calcula colocando en el numerador el número de mujeres que se les realizó la colposcopia a nivel del área de atracción del centro de colposcopia, entre el denominador, que los constituyen el total de mujeres que fueron referidas para colposcopia a nivel del área de atracción del centro de colposcopia.

Nº mujeres que realizó colposcopia a nivel área atracción en el período x 100

Total de mujeres referidas a colposcopia a nivel área atracción en el período.

1.4 Rendimiento

Si se trata de una colposcopia diagnóstica, el número de usuarias atendidas por el o la profesional que realiza la colposcopia debe ser de cuatro (4) por hora, quince (15) minutos por usuaria. Si la consulta es de primera vez la duración será de veinte (20) minutos. En caso de colposcopia terapéutica LEEP, el número de usuarias atendidas por el profesional que realiza la colposcopia debe ser de dos (2) por hora, treinta (30) minutos por usuaria. Si se realiza una criocirugía, el número de usuarias atendidas por el profesional debe ser de cuatro (4) por hora, quince (15) minutos por usuaria.

(Así reformado el inciso anterior mediante el decreto ejecutivo N° 33650 del 22 de febrero del 2007).

2. Organización de la atención para la realización de la colposcopia.

2.1 Recursos Humanos para realización de colposcopia.

El profesional responsable de la realización del examen colposcópico es el profesional en medicina especialista en ginecología con capacitación formal en colposcopia.

2.2 Planta Física

La colposcopia puede realizarse en un consultorio o en cualquier local acondicionado para este fin que ofrezca la privacidad y comodidad requeridas por la usuaria y debe cumplir con la Ley 7600.

2.3 Mobiliario

Para la realización de la colposcopia es necesario contar con el siguiente mobiliario:

- 2.3.1 Camilla para exploración ginecológica y en casos de discapacidad cumplir con la Ley 7600.
- 2.3.2 Gradilla.
- 2.3.3 Silla o banquillo con ruedas y ajustable para el o la profesional que realiza la colposcopia.
- 2.3.4 Lavatorio con dispensador de jabón.
- 2.3.5 Silla y escritorio para el profesional.
- 2.3.6 Sillas para usuaria y acompañante.
- 2.3.7 Basurero con tapa y bolsa plástica roja.
- 2.3.8 Balde de acero inoxidable con agua jabonosa.

También se debe tener acceso a una unidad de lavado y esterilización de instrumentos.

2.4 Equipos y suministros para la realización del examen colposcópico

Para la realización de la colposcopia es necesario contar con:

Equipos

- 2.4.1 Colposcopio.
- 2.4.2 Equipo de electrocirugía (LEEP).
- 2.4.3 Aspirador de humo.
- 2.4.4 Asas de diferentes tamaños.
- 2.4.5 Electrodo de bolita de 0.5 y 0.3 cm.
- 2.4.6 Electrodo de aguja.
- 2.4.7 Espéculos para aspirador de humo, aislantes y de los tres tamaños.
- 2.4.8 Separadores vaginales laterales aislantes.
- 2.4.9 Curetas endocervicales tipo Kevorkian-Young con canasta.
- 2.4.10 Pinzas para biopsias de cuello tipo Tischier, Kevorkian y Burke.
- 2.4.11 Pinzas Kelly.
- 2.4.12 Espéculo endocervical de Kogan.
- 2.4.13 Tenáculos aislantes tipo pinza de cuello de dos garfios (Schroder).
- 2.4.14 Jeringas para anestesia local para usar con crápulas.
- 2.4.15 Aguja 27.
- 2.4.16 Aplicadores de algodón.
- 2.4.17 Lámpara de cuello de ganso.
- 2.4.18 Espéculos grande, mediano y pequeño.

Suministros

- 2.4.19 Anestesia local con y sin epinefrina.
 - 2.4.19.1 Lidocaina en spray.

2.4.19.2 Buvicaina o cabocaina en carpulas preferiblemente.

2.4.20 Solución salina fisiológica.

2.4.21 Solución de ácido acético al 3 y 5%.

2.4.22 Solución de Schiller.

2.4.23 Solución de Monze.

2.4.24 Formalina.

2.4.25 Frascos para transportar biopsias.

2.4.26 Guantes no estériles.

2.4.27 Batas para las usuarias en buen estado y limpias.

2.4.28 Solución de Schiller.

2.4.28.1 Yodo puro 1.0.

2.4.28.1 Yoduro potásico 2.0.

2.4.28.1 Agua destilada c.s.p 100,0.

2.4.29 Solución de carnoy.

2.4.30 Kit de citología.

2.4.31 Líquido fijador tipo carbowax.

2.4.32 Tubos de ensayo.

2.4.33 Torundas de gasa y algodón.

2.4.34 Lápiz de grafito.

2.4.35 Sábanas.

2.4.36 Rollo de papel para camillas.

2.4.37 Toallas sanitarias.

2.4.38 Toallas de papel para secarse las manos.

2.5 Papelería y documentación

La papelería necesaria para los procedimientos colposcópicos corresponde a los siguientes:

2.5.1 Ejemplar de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello de Útero, en el I y II Nivel de Atención.

2.5.2 Hojas de informes mensuales de realización de colposcopías. Ver anexo N° 8.

2.5.3 Hoja de solicitud de examen biopsia. (CCSS 4-70-05-0460) Ver anexo N° 9.

2.5.4 Hoja de referencia y contrarreferencia (CCSS 4-70-04-0140) Anexo N° 4.

2.5.5 Hoja de reporte colposcópico para expediente clínico. Ver anexo N° 6.

2.5.6 Hoja Índice de Reid. Ver anexo 7.

2.6 Programación de consulta de colposcopia según resultado citológico

Fuerza de la Recomendación tipo A (58).

En la consulta de colposcopia se asigna la cita de acuerdo con los siguientes criterios:

2.6.1 Toda usuaria con lesiones sugestivas de presencia de VPH, ASCUS, AGUS, LIEBG persistente debe efectuársele la primera colposcopia antes de noventa (90) días.

2.6.2 Toda usuaria con LIEAG debe efectuársele la primera colposcopia antes de treinta (30) días.

2.6.3 Toda usuaria con lesiones invasoras debe efectuársele la primera colposcopia antes de ocho (8) días.

2.6.4 Toda usuaria con lesión clínica sospechosa de cáncer en cerviz debe efectuársele la primera colposcopia antes de treinta (30) días.

3. Realización de colposcopia en el establecimiento de salud.

3.1 Captación e inscripción

La población blanco es captada e inscrita al momento de realizarse la colposcopia. Toda mujer que haya sido captada a partir de la recepción de la referencia, debe registrársele en su expediente clínico la realización de la colposcopia, sino tiene expediente se le debe abrir uno.

3.2 Pre-consulta

El auxiliar de enfermería es el responsable de brindar información y orientación a las usuarias según sus necesidades e inquietudes en materia de cáncer de cuello de útero, toma de colposcopia y citología cérvico vaginal, la información debe ser oportuna, veraz y confiable. Además de preparar a la usuaria para la realización del examen. Debe llenar completamente con letra legible y clara la información correspondiente a la usuaria en la hoja de realización de la colposcopia.

Posterior a esto, debe entregarle al profesional en medicina el expediente con la hoja respectiva.

3.3 Consulta

Durante la consulta el personal de salud debe otorgar una atención respetuosa, competente que dignifique y eduque a la usuaria, sin distingos de edad, etnia, orientación sexual, religión, clase social, nacionalidad y condición de aseguramiento (asegurada o no), incluye todas las consultas posteriores de seguimiento. Las mujeres con enfermedad maligna o premaligna de cuello de útero tendrán derecho a la seguridad social. Cuando no las cobijen otros regímenes, disfrutarán de este derecho por cuenta del Estado. Para ello, la Caja Costarricense del Seguro Social adoptará las medidas respectivas. Los centros o servicios públicos de prevención y atención de la salud quedarán obligados a prestar, en forma inmediata, el servicio que esta población requiera sin discriminación de raza, género, condición social ni nacionalidad. El profesional debe explicar a la usuaria, en términos que ella comprenda, en qué consiste el examen y el objetivo del mismo y se le pide que colabore relajándose para evitar molestias. Se le pide a la usuaria orinar antes del procedimiento, luego pasa al espacio disponible para quitarse la ropa interior y colocarse la bata, posteriormente se le solicita su colaboración al acostarse en la cama en posición ginecológica de manera que se encuentre cómoda y se cubre con una sábana. En caso de mujeres con discapacidad o adultas mayores con dificultad para subirse a la camilla y colocarse en posición ginecológica, debe proveérsele la ayuda necesaria. El personal de salud debe permitir que la usuaria permanezca acompañada por una persona de su preferencia, si así ella lo indicara.

En caso de que otros u otras profesionales o estudiantes deseen observar o participar en este procedimiento se le debe pedir a la usuaria, previo al procedimiento, su consentimiento informado el cual debe estar firmado por ambas partes en el expediente.

(Así reformado el inciso anterior mediante el decreto ejecutivo N° 33650 del 22 de febrero del 2007).

3.4 Evaluación colposcópica

Se debe seguir el siguiente orden al realizar el procedimiento de la evaluación colposcópica:

3.4.1 A criterio del colposcopista, se tomará en caso requerido una citología cérvico vaginal adicional.

- 3.4.2 Visualizar la vagina, la vulva y la región perianal en busca de lesiones.
- 3.4.3 Se inspecciona adecuadamente el cuello de útero para describir la lesión.
 - 3.4.4 Se limpia el cuello de útero con suero fisiológico, para luego realizar una observación con el filtro verde del colposcopio.
- 3.4.5 Posteriormente se aplica ácido acético al 3 ó 5% sobre el cuello del útero.
- 3.4.6 Iniciar la visualización con baja magnificación y luego utilizar el filtro verde.
- 3.4.7 Identificar adecuadamente la zona de transformación.
 - 3.4.8 Describir y evaluar la severidad de la lesión de acuerdo con el sistema de reporte estandarizado de clasificación (Índice de Reid). (Véase anexo N° 7).
 - 3.4.9 Localizar los sitios adecuados para realizar las biopsias (de ser necesario), se debe efectuar mediante la visualización colposcópica.
 - 3.4.10 Utilizar los fórceps endocervicales para visualizar el canal endocervical. En caso necesario, realizar el cepillado endocervical con cubierta o legrado endocervical (LEC).
- 3.4.11 Para visualizar mejor la lesión, realizar la prueba de Schiller.
 - 3.4.12 Llenar el reporte colposcópico estandarizado y dejar una copia en el archivo y otro en el expediente.

3.5 Criterios de Colposcopia Satisfactoria

La zona de transformación debe ser visualizada en su totalidad.

La lesión debe ser observada fuera del canal endocervical.

(Así reformado el inciso anterior mediante el decreto ejecutivo N° 33650 del 22 de febrero del 2007).

3.6 Envío de las biopsias

La muestra tomada por medio de biopsia se debe colocar en un envase con formalina buferizada.

La hoja de solicitud de examen histológico debe ser llenada con lápiz de grafito y enviarla al servicio de patología en un tiempo no mayor de ocho (8) días posteriores a su toma. Esta hoja debe ser llenada por el profesional en medicina.

El resultado de la biopsia debe ser enviado al centro de colposcopia correspondiente en los siguientes quince (15) días hábiles a partir de la fecha del recibo de la biopsia.

3.7 Registro de la información

El sistema de registro de colposcopías debe contener la siguiente información:

3.7.1 Número de identificación.

3.7.2 Tipo de identificación.

3.7.2.1 Cédula de identidad.

3.7.2.2 Cédula de residencia.

3.7.2.3 Pasaporte.

3.7.2.4 Permiso de trabajo.

3.7.3 Nombre de la usuaria: Primer apellido. Segundo Apellido.

Nombre completo.

3.7.4 Fecha de nacimiento de la usuaria.

3.7.5 Edad de la usuaria.

3.7.6 Teléfono en donde se pueda localizar a la usuaria.

3.7.6.1 Habitación.

3.7.6.2 Trabajo.

3.7.6.3 Otro.

3.7.7 Dirección del domicilio:

3.7.7.1 Provincia.

3.7.7.2 Cantón.

3.7.7.3 Distrito.

3.7.7.4 Barrio.

3.7.7.5 Dirección exacta de la usuaria.

3.7.8 Código del centro de salud de procedencia.

3.7.9 Nombre del centro de salud de procedencia.

3.7.10 Nombre del profesional que realiza la colposcopia.

3.7.11 Código del profesional que realiza la colposcopia.

3.7.12 Fecha de la colposcopia.

3.7.13 Código del CIE-10 del diagnóstico de citología.

3.7.14 Descripción del diagnóstico de citología.

3.7.15 Hallazgo de la colposcopia.

3.7.16 Fecha en que se efectuó biopsia.

3.7.17 Fecha de recibido del resultado de la biopsia.

3.7.18 Diagnóstico histopatológico.

3.7.19 Tratamiento efectuado.

3.7.19.1 Leep.

3.7.19.2 Crío.

3.7.20 Fecha de envío de contrarreferencia al I nivel de atención.

3.7.21 Fecha de recibido de contrarreferencia del III nivel de atención.

3.7.22 Fecha de envío de referencia al III nivel de atención.

3.7.23 El sistema de registro de biopsias debe contener la siguiente información:

3.7.24 Número de identificación.

3.7.25 Tipo de identificación.

3.7.25.3 Cédula de identidad.

3.7.25.4 Cédula de residencia.

3.7.25.5 Pasaporte.

3.7.25.6 Permiso de trabajo.

3.7.26 Nombre de la usuaria: Primer apellido Segundo Apellido Nombre completo.

3.7.27 Fecha de nacimiento de la usuaria.

3.7.28 Edad de la usuaria.

3.7.29 Dirección del domicilio:

3.7.29.1 Provincia.

3.7.29.2 Cantón.

3.7.29.3 Distrito.

3.7.29.4 Barrio.

3.7.30 Dirección exacta de la usuaria.

3.7.30 Código del centro de salud de procedencia.

3.7.31 Nombre del centro de salud de procedencia.

3.7.32 Teléfono en donde se pueda localizar a la usuaria.

3.7.32.1 Habitación.

3.7.32.2 Trabajo.

3.7.32.3 Otro.

3.7.33 Fecha de recibido la biopsia.

3.7.34 Fecha de reporte de la biopsia.

3.7.35 Diagnóstico histopatológico.

3.7.36 Si el resultado es positivo por lesiones pre-malignas indicar:

3.7.36.1 Fecha de notificación.

3.7.36.2 Número telefónico.

3.7.36.3 Persona responsable a quién se notifica.

Para las usuarias que acuden a los establecimientos de salud privados, deben enviar las biopsias a los laboratorios privados habilitados por el Ministerio de Salud.

Los laboratorios privados que analizan biopsias deben reportar los resultados de las mismas al Ministerio de Salud, con el formato anterior, cada mes. Especificar los diagnósticos histopatológicos de la citología cérvicovaginal y biopsia que se deben de reportar al Ministerio de Salud, de carácter obligatorio. (ASCUS, AGUS, LIEBG, LIEAG (Displasia Leve, Displasia Moderada, Displasia Severa, Cáncer insitu)).

(Así reformado el inciso anterior mediante el decreto ejecutivo N° 33650 del 22 de febrero del 2007).

3.8 Entrega de resultados de la colposcopia y de la biopsia

El resultado de la colposcopia y/o la biopsia debe quedar consignados en el expediente de la usuaria, por medio de la hoja de reporte colposcópico estandarizado y la hoja de reporte de la biopsia, respectivamente.

Toda biopsia positiva por malignidad, debe ser notificada a la usuaria en un lapso no mayor a los ocho (8) días luego de haber recibido el centro de salud el resultado.

Toda biopsia negativa por malignidad, debe ser notificada a la usuaria en un lapso no mayor a los treinta días, luego de haber recibido el centro de salud el resultado.

En caso de haber solo examen colposcópico sin biopsia, la notificación de resultados debe hacerse inmediatamente a la usuaria.

3.9 Referencia y Contrarreferencia

Al tener el diagnóstico histológico o al finalizar la intervención clínica se debe enviar la contrarreferencia al centro de salud de origen de inmediato. Una copia de esta debe permanecer en el expediente. (Véase anexo N° 4).

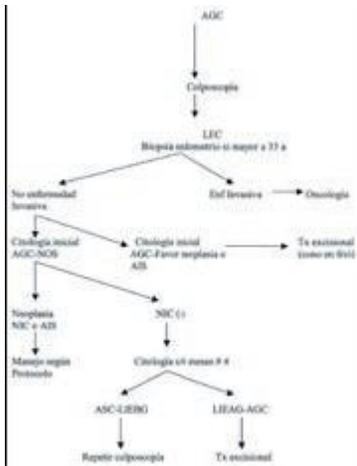
La contrarreferencia debe contener como mínimo la siguiente información:

- 3.9.1 Nombre completo de la usuaria.
- 3.9.2 Número de identificación.
- 3.9.3 Edad.
- 3.9.4 Teléfono.
- 3.9.5 Dirección completa de la usuaria.
- 3.9.6 Nombre y sello del centro que refiere.
- 3.9.7 Historia clínica.
- 3.9.8 Procedimientos realizados.
- 3.9.9 Resultados de exámenes.
- 3.9.10 Diagnóstico.
- 3.9.11 Tratamientos.
- 3.9.12 Seguimiento de la usuaria en el I nivel de atención.

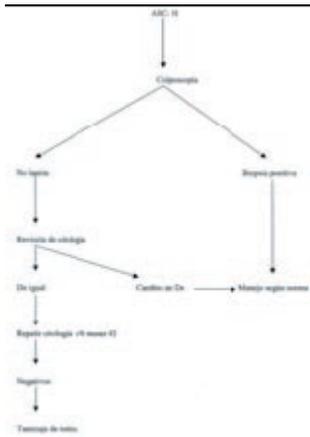
Si la usuaria debe ser referida a un tercer nivel de atención, se le debe elaborar la hoja de referencia correspondiente, con la información anteriormente mencionada. (Véase el Capítulo I, punto 4.12. Sistema de Referencia y Contrareferencia). Esta debe ser entregada a la usuaria y dejar una copia en el expediente de la misma.

4. Seguimiento a usuarias con citologías cérvico vaginales alteradas.

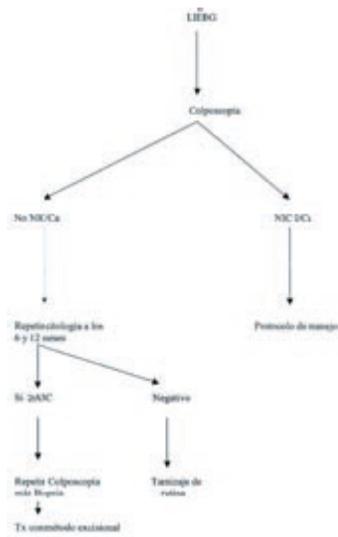
Flujograma 1. Manejo de citología cérvico vaginal alterada por la presencia de ASC-US



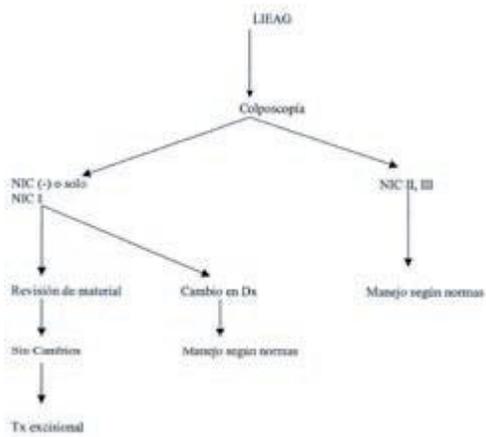
Flujograma 2. Manejo de citología cérvicovaginal alterada por la presencia de ASC-H



Flujograma 3. Manejo de citología cérvicovaginal alterada por LIEBG



Flujograma 4. Manejo de citología cérvicovaginal alterada por LIEAG



Promoción de la salud

Procesos orientados para fortalecer las buenas prácticas en salud basadas en la toma de conciencia, el ejercicio de la ciudadanía plena en salud, las actitudes y prácticas de la población a través de estrategias de información, educación y comunicación, que faciliten su bienestar integral, tomando en consideración las particularidades de hombres y mujeres, el contexto de sus vida, sus intereses y necesidades, así como sus condiciones de vida materiales y emocionales.

La estrategia de promoción de la salud hace que las oportunidades y el acceso a una salud satisfactoria sea promovida tanto, desde los servicios de salud como de otros espacios comunitarios, haciendo uso racional de los recursos de las instituciones públicas, privadas y mixtas.

Prevención

Acciones dirigidas a personas y grupos para evitar la aparición del cáncer de cuello de útero, la detección temprana y el control de la enfermedad y sus consecuencias. Hace énfasis en la disminución de los factores de riesgo y la potenciación de los factores protectores mediante estrategias de información, educación y comunicación en salud y acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud. Toma en consideración las particularidades de género, etnia, cultura, generación, entre otras.

Información, educación y comunicación (IEC)

Por medio de la participación social, es posible llevar a cabo acciones de información, educación y comunicación, para promover el autocuidado de la salud en las mujeres y prevenir el cáncer de cuello de útero.

Estrategias de Información, educación y comunicación en concordancia con la promoción del autocuidado de la salud, influyen significativamente en los conocimientos, actitudes y prácticas de la población, que buscan estilos de vida saludables.

Las estrategias que permiten el cambio, mejorar o incorporar comportamientos saludables son: la información, ya que investiga, crea ambientes propicios para difundir nuevos conocimientos; la educación, orienta, para el desarrollo de habilidades, capacidades y destrezas y la comunicación, crea procesos, motiva nuevas prácticas y logra cambios en las actitudes saludables.

1. Normas de participación social en la promoción del derecho a la educación en salud, el autocuidado y la prevención del cáncer de cuello de útero.

1.1 Población blanco

Población masculina y femenina mayor de 10 años adscrita al establecimiento de salud.

1.2 Concentración

- Una actividad por año, para planificar encuentros y acciones en conjunto con la comunidad, a fin de promover la prevención y detección temprana del cáncer de cuello de útero.
- Actualizar cada dos años el directorio de actores sociales.
- Dos actividades por año en la comunidad para promover consejerías en salud sexual y reproductiva, promoción de derechos de las mujeres y educación para el autocuidado.
- Actualizar y divulgar cada cuatro meses información sobre autocuidado y derechos en salud en una pizarra informativa en el establecimiento de salud y otros.
- Al menos un grupo de apoyo de mujeres sobrevivientes o que viven con cáncer de cuello de útero conformado y funcionando en el área de salud.

1.3 Cobertura

10% de población blanco cada año.

1.4 Indicador de cobertura

Se calcula colocando en el numerador el total de población mayor de 10 años adscrita al establecimiento de salud participante en el seminario o taller; entre el denominador que lo constituyen toda la población mayor de diez (10) años adscrita al establecimiento de salud.

Población mayor diez (10) años adscrita establecimiento de salud participante en seminario o taller x 100.

Total de población mayor de diez 10 años adscrita al establecimiento de salud.

1.5 Recursos humanos

Todo el personal de salud del EBAIS (ATAP, auxiliar de enfermería, médico, REMES, otros) y los funcionarios del Equipo de Apoyo: médico, enfermero profesional, psicólogo, trabajo social, otros del Área correspondiente y líderes de la Comunidad.

1.6 Planta Física

Los procesos de participación ciudadana y organizativos, se pueden realizar en cualquier espacio en la comunidad acondicionado para este fin.

1.7 Mobiliario

Se debe contar al menos con:

1.7.1 Sillas o bancas.

1.7.2 Mesa.

1.7.3 Pizarra.

1.8 Suministros

Se debe contar al menos con:

1.8.1 Papelería.

1.8.2 Cartulinas, y hojas de rotafolio.

1.8.3 Lapiceros, lápices, marcadores, borrador, tiza, otros.

1.8.4 Carpetas.

1.8.5 Pizarra informativa.

1.9 Papelería y documentación

Se debe contar al menos con:

1.9.1 Ejemplar de “Normas y procedimientos de atención integral a la mujer para la prevención y manejo del Cáncer de cuello de útero en el I y II Nivel de Atención”.

1.9.2 Anexo 10 “Guía para el análisis del grupo”.

1.9.3 Anexo 11 “Ficha de datos de actores sociales”.

1.9.4 Anexo 12 “Técnicas para trabajo de grupo.

1.9.5 Anexo 13 “Cuadro Guía de organización de trabajo de grupos”.

1.9.6 Anexo 16 “Organización de reunión para la elaboración de seminario o taller”.

1.9.7 Anexo 15 “Temas de Educación de Salud”.

1.9.8 Material de estudio para el personal y de divulgación relacionado con los temas del anexo 15.

2. Detección de la población blanco

Fuerza de la Recomendación tipo C (43, 82).

Todo el personal de salud del EBAIS (ATAP, auxiliar de enfermería, médico, REMES, otros), detectan a la población blanco tomando en consideración los siguientes puntos:

1. Interacción entre el personal de salud y la comunidad.

El equipo de salud debe interactuar con la comunidad para que la población participe en la promoción de la salud, en la prevención y detección temprana del cáncer de cuello de útero e interactuar con las personas sin ningún tipo de discriminación por razones de edad, sexo, religión, nivel socioeconómico, orientación sexual, discapacidad, ubicación geográfica y condición de aseguramiento.

2. Aprovechar toda oportunidad para acercarse a las personas desde una posición de respeto a las diversidades y particularidades de las poblaciones.

El personal de salud debe compartir espacios comunes con la población y conocer el ambiente; las costumbres, las creencias, actitudes y prácticas en relación a la salud en general y en particular, al cáncer de cuello de útero, para conocer las fortalezas y debilidades.

3. Identificar necesidades y problemas de la comunidad.

El equipo de salud debe de propiciar los espacios y mecanismos para que conjuntamente con las mujeres y otros actores claves de las comunidades, se identifiquen las necesidades y problemas que obstaculizan o favorecen la promoción del autocuidado de la salud integral y en particular la prevención del cáncer de cuello de útero.

4. El equipo de trabajo debe conocer la comunidad e involucrarse con ella.

El equipo de salud debe interactuar con las personas y grupos de la comunidad, para involucrarse con éstas y mostrar el interés y desarrollar la sinergia necesaria para trabajar con éstos, en acciones para el fortalecimiento del cuidado de su salud integral, con énfasis en aquellas que faciliten la prevención y detección temprana del cáncer de cuello de útero.

5. Participación del equipo de trabajo en actividades de la comunidad.

El equipo de salud debe involucrarse en las actividades que se realizan en la comunidad en coordinación con las instituciones locales, para que la población identifique al personal de salud, como una instancia preocupada por la salud de las personas, la prevención y detección temprana del cáncer de cuello de útero, así como, la importancia dada a la participación activa de las mujeres y los hombres en la toma de decisiones en salud y la solución de sus problemas.

El personal de salud debe promover el respeto a los derechos de los niños, adolescentes, mujeres y hombres adultos y de las personas adultas mayores en todos aquellos espacios comunitarios, del hogar e institucionales, así como, promover en éstos, las relaciones de género basadas en la igualdad y equidad entre ambos sexos, para el logro de formas de convivencia democráticas; también el personal de salud debe promover la realización de la citología cérvico vaginal como un derecho fundamental de las mujeres.

2.1 Identificación de actores sociales

El equipo de salud debe:

2.1.1 Identificar a las personas, grupos, e instituciones que tengan interés y compromiso para desarrollar alianzas estratégicas para mejorar la salud integral de las mujeres y en realizar cambios de actitud para fomentar el autocuidado de la salud de éstas, la prevención y la detección temprana del cáncer de cuello de útero.

2.1.2 Conocer el trabajo que realizan los grupos y organizaciones sociales, lo mismo que la forma como lo hacen, con la finalidad de apoyarlos y trabajar en conjunto. Para organizar esta información, se puede utilizar la guía para el análisis del grupo. (véase anexo N° 10).

2.1.3 Construir una base de datos de las personas, grupos e instituciones que se involucren en acciones de prevención, autocuidado de la salud integral y detección temprana del cáncer de cuello de útero, que sea actualizada cada dos años. (véase anexo N° 11).

2.1.4 Identificar los actores sociales, debe realizar visitas, entrevistas a personas claves, revisión de documentos y hacer uso de otras técnicas surgidas de la propia realidad social y organizativa de la comunidad. Debe respetar e involucrarse de las formas autóctonas de participación social.

2.2 Captación e Inscripción

La población blanco queda captada e inscrita a través de las listas de asistencia de los talleres, seminarios u otras actividades realizados.

2.3 Organización de encuentros en conjunto con la comunidad

El equipo de salud debe: (véase anexo N° 14).

2.3.1 Organizar encuentros conjuntamente con la comunidad, para analizar la situación de salud, en relación a la promoción del autocuidado de la salud integral y la prevención del cáncer de cuello de útero, así como la importancia de su participación en cada uno de los procesos.

2.3.2 Interactuar con los actores sociales claves para motivarlos a participar en los procesos de Análisis de Situación de la Salud (ASIS), a partir del reconocimiento de sus propios intereses y necesidades y haciendo uso de metodologías de trabajo participativas.

2.3.3 Coordinar conjuntamente con la comunidad los mecanismos de movilización social para promover la participación ciudadana activa, haciendo uso de los espacios comunales disponibles.

2.3.4 Construir agendas negociadas y concertadas con la comunidad sobre los puntos prioritarios de la situación de la salud en la comunidad, pero en particular la de las mujeres.

2.3.5 Crear los mecanismos y espacios abiertos de diálogo con las mujeres que les permita a éstas manifestarse sobre la calidad y eficiencia en la atención y gestión de los recursos utilizados en salud, orientados a la promoción de la salud en general y a la prevención del cáncer.

2.3.6 Velar porque las actividades organizadas con la comunidad, cuenten con el equipo logístico necesario (pizarra, cartulinas, papel periódico, marcadores, rotafolios u otros).

2.3.7 Ser facilitador, para promover un ambiente participativo y deliberativo, entre los actores sociales, así como promover que las mujeres

se expresen con voz propia sobre su situación de salud. Usar un lenguaje no sexista, comprensible y respetuoso. (véase anexo N° 12).

2.3.8 Dar seguimiento a los acuerdos que se hayan tomado en conjunto con los actores sociales y divulgados oportunamente entre las personas participantes y la comunidad en general.

2.4 Planificación Participativa

El equipo de salud, conjuntamente debe analizar con la comunidad, los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), que poseen sobre la salud integral, el autocuidado de la salud, la prevención y la detección temprana del cáncer de cuello de útero, para que con los resultados, se puedan diseñar e implementar acciones estratégicas que incidan en el mejoramiento de la salud de las mujeres.

Se debe integrar en el Plan Anual Operativo las acciones para promover el autocuidado de la salud de las mujeres, la promoción de los derechos en salud, la prevención y la detección temprana del cáncer de cuello de útero, así como aquellas actividades que favorezcan la participación ciudadana activa, como son la formación de grupos de autoayuda, campañas educativas y materiales didácticos.

Análisis de la Situación de Salud (ASIS)

El equipo de salud debe:

2.4.1 Identificar los problemas existentes y priorizar jerárquicamente las necesidades de la comunidad mediante consenso, según sexo (véase anexo N° 13).

2.4.2 En conjunto con los actores sociales deben crear indicadores para el monitoreo del avance de la salud integral de las mujeres y en particular, sobre el impacto de las medidas desarrolladas para la prevención del cáncer de cuello de útero, así como los mecanismos e instrumentos para la rendición de cuentas.

2.4.3 Integrar en el estudio de la situación de la salud, la metodología de Análisis Basado en Género, con el propósito de evitar los sesgos de género en todos los proyectos y programas en salud.

2.5 Plan de Acción

El equipo de salud conjuntamente con los grupos organizados, debe realizar un plan de acción anual que incluya los problemas priorizados, que se han identificado en el Análisis Situacional de Salud (ASIS), poniendo especial atención al diseño de estrategias diferenciadas por sexo y con criterios de diversidad.

El Plan de Acción a realizar debe responder a los siguientes puntos:

¿Para qué?	Objetivos.
¿Qué?	Actividades.
¿Cómo?	Metodología.
¿Quién?	Responsable.
¿Cuándo?	Tiempo.
¿Con qué?	Recursos.
¿Dónde?	Lugar.

El equipo de salud y los grupos organizados deben exponer a la comunidad los resultados del ASIS y optar por las diferentes formas de organización para realizar el Plan de Acción, para tomar decisiones en conjunto y buscar soluciones a los problemas. Esto se puede llevar a cabo a través de un proceso de desarrollo a partir de talleres, seminarios u otros, para lo cual deberá preverse los recursos financieros y humanos necesarios. (véase anexo N° 14).

Dentro del Plan de Acción el equipo de salud debe abrir al menos 2 espacios en la comunidad al año para promover las consejerías en salud, promoción de los derechos y los deberes de las mujeres y hombres, la educación en el autocuidado de la salud, la prevención y detección temprana del cáncer de cuello de útero. (Anexo 15: Temas en educación de la salud).

El equipo de salud debe facilitar espacios donde se involucre a la comunidad.

2.5.1 Promover mediante la investigación - acción, estudios anuales sobre la situación de las mujeres en relación a su salud y en particular a la del cáncer de cuello de útero, así como los conocimientos, actitudes y prácticas que poseen las personas de la comunidad.

2.5.2 Facilitar la organización, a nivel del Área de Salud, de al menos un grupo al año de apoyo a las mujeres con patología de cáncer de cuello de útero o sobrevivientes para su fortalecimiento y seguimiento, incluyendo apoyo, educación y orientación a su familia. (véase anexo N° 15).

2.5.3 Re-orientar la importancia de la Participación Social en la comunidad para que la población asuma responsablemente el autocuidado de su salud.

2.5.4 Introducir dentro de las estrategias de promoción de la salud el empoderamiento de las mujeres, como una forma de respuesta a las barreras de género desarrolladas individual y socialmente.

2.5.5 Establecer los niveles de coordinación óptimos para que funcione la red de servicios de salud, de manera oportuna y efectiva.

2.5.6 Orientar a las mujeres que requieren ser referidas a otro Centro de Salud y solicitarles la contrareferencia, para su seguimiento o cuidado paliativo.

2.5.7 Actualizar y divulgar por diferentes medios de información, al menos cada 4 meses en lugares visibles, material educativo e informativo sobre la importancia del autocuidado de la salud, para la prevención y detección temprana del cáncer de cuello de útero en la población.

3. Evaluación

El equipo de salud y comunidad, conjuntamente deben de formalizar un mecanismo de evaluación y rendición de cuentas, que explique los problemas de salud en relación al autocuidado de la salud, la prevención y detección temprana de cáncer de cuello de útero.

(*) NORMAS Y PROTOCOLOS CLÍNICOS PARA LA ATENCIÓN DE LA PATOLOGÍA DE CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO EN EL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Todos los estadios de cáncer de cuello útero deberán ser tratados en la Unidad Nacional de Ginecología Oncológica, en los hospitales clase A, que tengan departamentos de ginecología oncológica o en los hospitales regionales donde existan ginecólogos oncológicos, oncólogos médicos, cirujanos oncológicos y médicos radioterapeutas debidamente entrenados. Estos servicios deben ser acreditados por el Ministerio de Salud.

En casos de lesiones premalignas de cuello de útero se debe seguir la normativa de colposcopia para II nivel.

1. Normas programáticas para la realización de atención de cáncer de cuello de útero en las consultas de ginecología oncológica u oncología

1.1 Población blanco. Fuerza de la Recomendación tipo A

1.1.1 Toda usuaria con cáncer de cuello de útero.

1.2 Concentración. Según indicación médica (ver punto 4)

1.3 **Cobertura.** La cobertura es del 100% de la población referida por año sin distinción de su condición de aseguramiento (asegurada o no). Fuerza de la Recomendación tipo A (58).

Las mujeres con enfermedad maligna o premaligna de cuello de útero tendrán derecho a la seguridad social. Cuando no las cobijen otros regímenes, disfrutarán de este derecho por cuenta del Estado. Para ello, la Caja Costarricense del Seguro Social adoptará las medidas respectivas. Los centros o servicios públicos de prevención y atención de la salud quedarán obligados a prestar, en forma inmediata, el servicio que esta población requiera sin discriminación de raza, género, condición social ni nacionalidad.

1.3.1 **Indicador de cobertura.** Porcentaje de mujeres con cáncer de cuello de útero que recibió por primera vez la consulta en ginecología oncológica, u oncología a nivel nacional en el año.

Se calcula colocando en el numerador el número de mujeres con cáncer de cuello de útero que recibió la consulta en ginecología oncológica u oncología a nivel nacional, entre el denominador, que los constituyen el total de mujeres con cáncer de cuello de útero que fueron referidas a estos servicios a nivel nacional.

Nº Mujeres con cáncer de cuello de útero que recibieron la consulta en ginecología oncológica u oncología a nivel Nacional en el período x100

Total de mujeres con cáncer de cuello de útero referidas a la consulta en ginecología oncológica y oncología a nivel Nacional en el período.

Porcentaje de mujeres con cáncer de cuello de útero que recibieron la consulta por primera vez en ginecología oncológica u oncología en cada servicio.

Se calcula colocando en el numerador el número de mujeres con cáncer de cuello de útero que recibió la consulta en ginecología oncológica u oncología por servicio, entre el denominador, que los constituyen el total de mujeres con cáncer de cuello de útero que fueron referidas a este servicio.

Nº Mujeres con cáncer de cuello de útero que recibieron la consulta en ginecología oncológica u oncología por servicio en el período x100

Total de mujeres con cáncer de cuello de útero referidas a la consulta en ginecología oncológica y oncología por servicio en el período.

1.4 **Rendimiento.** En la consulta de ginecología oncológica u oncología, el número de usuarias con cáncer de cuello de útero atendidas por el o la profesional debe ser de cuatro (4) por hora, quince (15) minutos por usuaria. No incluye procedimientos médicos.

2. Organización de la atención a mujeres con cáncer de cuello de útero en las consultas de ginecología oncológica u oncología

2.1 **Recursos Humanos.** El o la profesional responsable de la realización de la consulta de ginecología oncológica u oncología es el o la profesional en medicina especialista en ginecología oncológica, oncología médica, cirugía oncológica y radioterapia.

2.2 **Planta Física.** La consulta de las mujeres con cáncer de cuello de útero se debe realizar en un consultorio o en cualquier local acondicionado para este fin que ofrezca la privacidad y comodidad requeridas por la usuaria y debe cumplir con la Ley 7600.

2.3 **Mobiliario.** Para la consulta es necesario contar con el siguiente mobiliario:

2.3.1 Camilla para exploración ginecológica y en casos de discapacidad cumplir con la Ley 7600.

2.3.2 Gradilla.

2.3.3 Silla o banquillo con ruedas y ajustable para el o la profesional que realiza la colposcopia.

2.3.4 Lavatorio con dispensador de jabón.

2.3.5 Silla y escritorio para el profesional.

2.3.6 Sillas para usuaria y acompañante.

2.3.7 Basurero con tapa y bolsa plástica roja.

2.3.8 Balde de acero inoxidable con agua jabonosa.

También se debe tener acceso a una unidad de lavado y esterilización de instrumentos.

2.4 **Equipos y Suministros.** Para la consulta es necesario contar con:

Equipos

- 2.4.1 Colposcopio.
- 2.4.2 Equipo de electrocirugía (LEEP).
- 2.4.3 Aspirador de humo.
- 2.4.4 Asas de diferentes tamaños.
- 2.4.5 Electrodo de bolita de 0.5 y 0.3 cm .
- 2.4.6 Electrodo de aguja.
- 2.4.7 Espéculos para aspirador de humo, aislantes y de los tres tamaños.
- 2.4.8 Separadores vaginales laterales aislantes.
- 2.4.9 Curetas endocervicales tipo Kevorkian-Young con canasta.
- 2.4.10 Pinzas para biopsias de cuello tipo Tischier, Kevorkian y Burke.
- 2.4.11 Pinzas Kelly.
- 2.4.12 Espéculo endocervical de Kogan.
- 2.4.13 Tenáculos aislantes tipo pinza de cuello de dos garfios (Schroder).
- 2.4.14 Jeringas para anestesia local para usar con cápsulas.
- 2.4.15 Aguja 27.
- 2.4.16 Aplicadores de algodón.
- 2.4.17 Lámpara de cuello de ganso.
- 2.4.18 Espéculos grande, mediano y pequeño.

Suministros

2.4.19 Anestesia local con y sin epinefrina.

2.4.19.1 Lidocaina en spray.

2.4.19.2 Bupivacaina o articacaina en cápsulas preferiblemente.

2.4.20 Solución salina fisiológica.

2.4.21 Solución de ácido acético al 3 y 5%.

2.4.23 Solución de Monzel.

2.4.24 Formalina.

2.4.25 Frascos para transportar biopsias.

2.4.26 Guantes no estériles.

2.4.27 Batas para las usuarias en buen estado y limpias.

2.4.28 Solución de Schiller.

2.4.28.1 Yodo puro 1.0.

2.4.28.1 Yoduro potásico 2.0.

2.4.28.1 Agua destilada c.s.p 100,0.

2.4.29 Solución de carnoy.

2.4.30 Kit de citología.

2.4.31 Líquido fijador tipo carbowax.

- 2.4.32 Tubos de ensayo.
- 2.4.33 Torundas de gasa y algodón.
- 2.4.34 Lápiz de grafito.
- 2.4.35 Sábanas.
- 2.4.36 Rollo de papel para camillas.
- 2.4.37 Toallas sanitarias.
- 2.4.38 Toallas de papel para secarse las manos.

2.5 **Papelería y documentación.** La papelería necesaria para consulta corresponde a los siguientes:

- 2.5.1 Ejemplar de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello de Útero, en el I y II, III Nivel de Atención.
- 2.5.2 Hojas de informes mensuales de realización de colposcopías. Ver anexo N° 8.
- 2.5.3 Hoja de solicitud de examen biopsia. (CCSS 4-70-05-0460) Ver anexo N° 9.
- 2.5.4 Hoja de referencia y contrarreferencia (CCSS 4-70-04-0140) Anexo N° 4.
- 2.5.5 Hoja de reporte colposcópico para expediente clínico. Ver anexo N° 6.
- 2.5.6 Hoja Índice de Reid. Ver anexo 7.

2.6 **Programación de consulta de las mujeres con cáncer de cuello de útero en las consultas de ginecología oncológica u oncología.** La usuaria con cáncer de cuello de útero debe ser vista en ginecología oncológica u oncología ocho (8) días hábiles posteriores a la entrega de la referencia para ginecología oncológica u oncología.

En los casos de necesitar ser referidas a quimioterapia, radioterapia y cirugía para su tratamiento, el tiempo de espera entre la referencia y el inicio del tratamiento para estas mujeres en estos servicios, no debe ser mayor de veinte (20) días hábiles.

2.6.1 Indicadores de la programación de la consulta.

Porcentaje de mujeres con cáncer de cuello de útero con tiempos de espera entre referencia e inicio de tratamiento menores de 20 días hábiles para el tratamiento de quimioterapia por servicio.

Se calcula colocando en el numerador el número de mujeres con cáncer de cuello de útero referidas para tratamiento de quimioterapia con tiempo de espera entre referencia e inicio de tratamiento menor de 20 días hábiles por servicio, entre el denominador, que los constituyen el total de mujeres de mujeres con cáncer de cuello de útero referidas para tratamiento de quimioterapia por servicio en el período.

Número de mujeres con cáncer de cuello de útero referidas para tratamiento de quimioterapia con tiempo de espera entre referencia e inicio de tratamiento menor de 20 días hábiles por servicio en el período X 100

Número de mujeres con cáncer de cuello de útero referidas para tratamiento de quimioterapia por servicio en el período.

Porcentaje de mujeres con cáncer de cuello de útero con tiempos de espera entre referencia e inicio de tratamiento menores de 20 días hábiles para el tratamiento de radioterapia por servicio.

Se calcula colocando en el numerador el número de mujeres con cáncer de cuello de útero referidas para tratamiento de radioterapia con tiempo de espera entre referencia e inicio de tratamiento menor de 20 días hábiles por servicio, entre el denominador, que los constituyen el total de mujeres de mujeres con cáncer de cuello de útero referidas para tratamiento de radioterapia por servicio en el período

Número de mujeres con cáncer de cuello de útero referidas para tratamiento de radioterapia con tiempo de espera entre referencia e inicio de tratamiento menor de 20 días hábiles por servicio en el período X 100.

Número de mujeres con cáncer de cuello de útero referidas para tratamiento de radioterapia por servicio en el período.

Porcentaje de mujeres con cáncer de cuello de útero con tiempos de espera entre referencia e inicio de tratamiento menores de 20 días hábiles para el tratamiento con cirugía por servicio.

Se calcula colocando en el numerador el número de mujeres con cáncer de cuello de útero referidas para tratamiento con cirugía con tiempo de espera entre referencia e inicio de tratamiento menor de 20 días hábiles por servicio, entre el denominador, que los constituyen el total de mujeres con cáncer de cuello de útero referidas para tratamiento con cirugía por servicio en el período

Número de mujeres con cáncer de cuello de útero referidas para tratamiento con cirugía con tiempo de espera entre referencia e inicio de tratamiento menor de 20 días hábiles por servicio en el período X 100.

Número de mujeres con cáncer de cuello de útero referidas para tratamiento con cirugía por servicio en el período.

3. Consulta de las mujeres con cáncer de cuello de útero en el establecimiento de salud.

3.1 Captación e inscripción. La población blanca es captada e inscrita al momento de realizarse la consulta. Toda mujer que haya sido captada a partir de la recepción de la referencia, debe registrársele en su expediente clínico la consulta sino tiene expediente se le debe abrir uno.

3.2 Pre-consulta. En los centros de salud públicos, el personal de enfermería es el responsable de brindar información y orientación a las usuarias según sus necesidades e inquietudes en materia de cáncer de cuello de útero, toma de colposcopia y citología cérvico vaginal, la información debe ser oportuna, veraz y confiable. En los centros de salud privados, el encargado de esta acción será la persona designada por el centro. Este centro debe estar acreditado por el Ministerio de Salud. Posterior a esto, debe entregarle al profesional en medicina el expediente con la hoja respectiva.

3.3 Consulta. Durante la consulta el personal de salud debe otorgar una atención respetuosa, competente que dignifique y eduque a la usuaria, sin distinciones de edad, etnia, orientación sexual, religión, clase social, nacionalidad y condición de aseguramiento (asegurada o no), incluye todas las consultas posteriores de seguimiento.

Las mujeres con enfermedad maligna o premaligna de cuello de útero tendrán derecho a la seguridad social. Cuando no las cobijen otros regímenes, disfrutarán de este derecho por cuenta del Estado. Para ello, la Caja Costarricense del Seguro Social adoptará las medidas respectivas. Los centros o servicios públicos de prevención y atención de la salud quedarán obligados a prestar, en forma inmediata, el servicio que esta población requiera sin discriminación de raza, género, condición social ni nacionalidad.

El profesional en medicina que realiza la consulta debe iniciar con la historia clínica.

El profesional debe explicar a la usuaria, en términos que ella comprenda, en qué consiste la consulta, los exámenes y objetivos de los mismos (si los hubiere).

El personal de salud debe permitir que la usuaria permanezca acompañada por una persona de su preferencia, si así ella lo indicara.

En caso de que otros u otras profesionales o estudiantes deseen observar o participar en este procedimiento se le debe pedir a la usuaria, previo al procedimiento o consulta, su consentimiento informado el cual debe estar firmado por ambas partes en el expediente.

3.4 Envío de las biopsias. Si se toma una biopsia, la muestra tomada debe colocarse en un envase con formalina buferizada. La hoja de solicitud de examen histológico debe ser llenada con lápiz de grafito y enviarla, dentro de las 24 horas posteriores a la toma, al servicio de patología. Esta hoja debe ser llenada por el profesional en medicina.

El resultado de la biopsia debe ser enviado al servicio correspondiente en los siguientes quince (15) días hábiles a partir de la fecha del recibo de la biopsia.

3.6.1 Indicador de reporte de biopsias tomadas de las mujeres con cáncer de cuello de útero. Porcentaje de biopsias cuyo resultado fue recibido dentro de los quince días hábiles posteriores a su recibo.

Se calcula colocando en el numerador el número de biopsias cuyo resultado fue recibido dentro de los quince días hábiles posteriores a su recibo por servicio, entre el denominador, que los constituyen el total de biopsias recibidas por servicio en el período.

Número de número de biopsias cuyo resultado fue recibido dentro de los quince días hábiles posteriores a su recibo por servicio en el período X 100.
Total de biopsias recibidas por servicio en el período.

3.5 Registro de la información del proceso de tratamiento de las mujeres con cáncer de útero en III Nivel de atención. El sistema de registro de información debe contener la siguiente información:

3.5.1 Número de identificación.

3.5.2 Tipo de identificación.

3.5.2.1 Cédula de identidad.

3.5.2.2 Cédula de residencia.

3.5.2.3 Pasaporte.

3.5.2.4 Permiso de trabajo.

3.5.3 Nombre de la usuaria: Primer apellido. Segundo Apellido. Nombre completo.

3.5.4 Fecha de nacimiento de la usuaria.

3.5.5 Edad de la usuaria.

3.5.6 Teléfono en donde se pueda localizar a la usuaria.

3.5.6.1 Habitación.

3.5.6.2 Trabajo.

3.5.6.3 Otro.

3.5.7 Dirección del domicilio:

3.5.7.1 Provincia.

3.5.7.2 Cantón.

3.5.7.3 Distrito.

3.5.7.4 Cantón Barrio.

3.5.7.5 Dirección exacta de la usuaria.

3.5.8 Código del centro de salud de procedencia.

3.5.9 Nombre del centro de salud de procedencia.

3.5.10 Nombre del profesional que refiere.

3.5.11 Código del profesional que refiere.

3.5.12 Diagnóstico de la referencia.

3.5.13 Fecha de la referencia.

3.5.14 Fecha de la cita para ginecología oncológica.

3.5.15 Nombre del profesional tratante.

3.5.16 Código del profesional tratante.

Toma de citología cérvico vaginal en III nivel

3.5.17 Tipo de profesional que toma la muestra de citología.

3.5.18 Nombre del profesional que toma la muestra de citología.

3.5.19 Código del profesional que toma la muestra de citología.

3.5.20 Resultado de la citología anterior.

3.5.21 Fecha de la toma de la citología en III nivel.

3.5.22 Fecha de envío de la muestra al laboratorio de citología.

3.5.23 Fecha de recibido del reporte del laboratorio de citología.

3.5.24 Código del diagnóstico de citología.

3.5.25 Descripción del diagnóstico de la citología.

3.5.26 Fecha de notificación de resultado a la usuaria.

Realización de colposcopia en III nivel

3.5.27 Fecha de cita para realización de la colposcopia en III nivel.

3.5.28 Nombre del profesional que realiza la colposcopia en III nivel.

3.5.29 Código del profesional que realiza la colposcopia en III nivel.

3.5.30 Fecha de la colposcopia.

3.5.31 Código del CIE-10 del diagnóstico de citología.

3.5.32 Descripción del diagnóstico de citología.

3.5.33 Hallazgo de la colposcopia.

3.5.34 Fecha en que se efectuó biopsia.

3.5.35 Fecha de recibido del resultado de la biopsia.

3.5.36 Diagnóstico histopatológico.

3.5.37 Tratamiento efectuado.

3.5.37.1 Leep.

3.5.37.2 Criocirugía.

3.5.38 Fecha de envío de contrarreferencia al I nivel de atención.

3.5.39 Fecha de recibido de contrarreferencia del II nivel de atención.

El sistema de registro de biopsias debe contener la siguiente información:

3.5.40 Fecha de toma de la biopsia en III nivel.

3.5.41 Fecha de envío de la biopsia a patología.

3.5.42 Fecha de recibido la biopsia.

3.5.43 Diagnóstico histopatológico.

3.5.44 Tratamiento recibido:

3.5.45.1 Cirugía.

3.5.45.1.1 Fecha de confección de referencia

3.5.45.1.2 Diagnóstico de referencia

3.5.45.1.3 Fecha de primera cita

3.5.45.2 Teleterapia.

3.5.45.2.1 Fecha de confección de referencia

3.5.45.2.2 Diagnóstico de referencia

3.5.45.1.3 Fecha de primera cita

3.5.45.3 Braquiterapia.

3.5.45.3.1 Fecha de confección de referencia

3.5.45.3.2 Diagnóstico de referencia

3.5.45.3.3 Fecha de primera cita

3.5.45.4 Quimioterapia.

3.5.45.4.1 Fecha de confección de referencia

3.5.45.4.2 Diagnóstico de referencia

3.5.45.4.3 Fecha de primera cita

3.5.45.5 Otros.

3.5.45.5.1 Fecha de confección de referencia

3.5.45.5.2 Diagnóstico de referencia

3.6 Entrega de resultados de la colposcopia y de la biopsia.

El resultado de la colposcopia y/o la biopsia debe quedar consignados en el expediente de la usuaria, por medio de la hoja de reporte colposcópico estandarizado y la hoja de reporte de la biopsia, respectivamente.

Toda biopsia positiva por malignidad, debe ser notificada a la usuaria en un lapso no mayor a los ocho (8) días luego de haber recibido el centro de salud el resultado.

Toda biopsia negativa por malignidad, debe ser notificada a la usuaria en un lapso no mayor a los treinta (30) días, luego de haber recibido el centro de salud el resultado. En caso de haber solo examen colposcópico sin biopsia, la notificación de resultados debe hacerse inmediatamente a la usuaria.

3.7 Referencia y Contrarreferencia. Al tener el diagnóstico histológico, finalizar la intervención médico-quirúrgica se debe enviar la contrarreferencia al centro de salud origen de II nivel de Atención, dependiendo del caso, de inmediato. (Véase anexo N° 4).

La contrarreferencia debe contener como mínimo la siguiente información:

- 3.7.1 Nombre completo de la usuaria.
- 3.7.2 Número de identificación.
- 3.7.3 Edad.
- 3.7.4 Teléfono.
- 3.7.5 Dirección completa de la usuaria.
- 3.7.6 Nombre y sello del centro que refiere.
- 3.7.7 Historia clínica.
- 3.7.8 Procedimientos realizados.
- 3.7.9 Resultados de exámenes.
- 3.7.10 Diagnóstico.
- 3.7.11 Tratamientos.
- 3.7.12 Seguimiento de la usuaria en el I y II nivel de atención (según sea el caso)

En caso tener que referir a una usuaria para tratamiento (quimioterapia, radioterapia, cuidados paliativos, entre otros) se le debe elaborar la hoja de referencia correspondiente, con la información anteriormente mencionada. (Véase el Capítulo I, punto 4.12. Sistema de Referencia y Contrarreferencia). Esta debe ser entregada a la usuaria y dejar una copia en el expediente de la misma.

4. Tratamiento a usuarias con cáncer de cuello de útero.

4.1 Manejo por un equipo interdisciplinario. Toda mujer que tenga cáncer de cuello de útero debe ser tratada por un grupo interdisciplinario de profesionales de salud. Se debe crear un comité o comisión que tendrá la función de definir el tratamiento de estas mujeres. El equipo interdisciplinario debe estar conformado por profesionales en los campos el ginecología oncológica, oncología médica, cirugía oncológica, patología, radioterapia, quimioterapia, psicología, trabajo social y cuidados paliativos, entre otros. Con el propósito de brindar un tratamiento integral a las mujeres que padecen de esta enfermedad.

4.2 Estadía de del cáncer de cuello de útero según la FIGO

Estadía de según FIGO:

0 Carcinoma in situ o Neoplasia cervical intraepitelial

I Confinado al cérvix

IA1 Microscópico < 3mm de profundidad y 7 mm de ancho

IA2 Profundidad entre 3 y 5 mm y ancho no mayor de 7 mm

IB1 Microscópico limitado al cérvix, más de 5 mm de profundidad, menos 4cm de volumen

IB2 Limitado al cuello, mayor de 4 cm de volumen

II No limitado al cuello sin llegar a la pared pélvica o tercio inferior de vagina

IIA Sin comprometer parametrios

IIB Compromiso de parametrios hasta tercio medio

III Extensión a la pared pélvica

IIIA Tercio inferior de vagina sin extensión a la pared pélvica

IIIB Extensión a la pared pélvica y/o hidronefrosis

IVA Invasión a órganos pélvicos vecinos, vejiga o recto

IVB Metástasis a distancia

4.3 Exámenes necesarios para la clasificación del tumor y su extensión según la FIGO. La FIGO requiere los siguientes exámenes para clasificar el tumor y su extensión:

Examen pélvico

Citología

Biopsia por colposcopia directa o conización. o La biopsia por conización es especialmente útil para:

- ◆ Valorar invasividad o
- ◆ Valorar grado de microinvasividad

PIV

Colon por enema (si no hay proctoscopia)

Radiografía de tórax En casos de IB2 o más:

Cistoscopia

Proctoscopia Otros exámenes:

TAC

RMN

4.4 Flujogramas de tratamiento y seguimiento a las mujeres con cáncer de cuello de útero. Las mujeres que presenten cáncer de cuello de útero se les dará tratamiento y seguimiento de acuerdo a la descripción que se observa en los siguientes flujogramas:

Flujograma 6. Manejo de Cáncer Micro invasor

Flujograma 7. Manejo de Cáncer de Cuello de Útero Estadio IA y IB1

Flujograma 8. Manejo de Cáncer de Cuello de Útero Estadio IB1 y II A pequeño

Flujograma 9. Manejo de Cáncer de Cuello de Útero Estadio IB2

Nota: Las dosis para Rt y Qt son las establecidas en las Normas y Procedimientos para el Tratamiento del Cáncer en Costa Rica.

Flujograma 10. Manejo de Cáncer de Cuello de Útero Estadio II A - IV A

Flujograma 11. Manejo de Cáncer de Cuello Estadio IVB y Cáncer de Cuello de Útero Recurrente

Toda mujer que no tenga posibilidad de tratamiento quirúrgico (por tener patología médica agregada que la hace no candidata a cirugía) o con cirugía insuficiente previa debe tratarse con radioterapia.

Mujeres con hallazgo histopatológico de cáncer invasor de cuello de útero posterior a la histerectomía simple se debe tratar con radioterapia y/o quimioterapia.

4.4 Seguimiento post tratamiento primario:

- Examen físico (incluso pélvico) cada 3 meses por 1 año, cada 4 meses por 1 año, cada 6 meses por 3 años y después 1 vez al año por 15 años
- Radiografía de tórax anual
- Laboratorio cada segunda visita
- TAC anual

() (Así adicionado el apartado anterior mediante el decreto ejecutivo N° 33650 del 22 de febrero del 2007).*

CAPÍTULO IV. SISTEMA DE INFORMACIÓN

La Comisión Interinstitucional para la elaboración y actualización de las Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello de Útero y Mama, para el I y II Nivel de Atención, conformada por el Ministerio de Salud, Caja Costarricense del Seguro Social, Instituto Nacional de las Mujeres e Instituto Costarricense Contra el Cáncer deberá desarrollar e implementar el sistema de información de los procedimientos de atención integral a la mujer para la prevención y manejo del cáncer de cuello de útero, en el I y II nivel de atención, deberán utilizar las metodologías adecuadas para que el desarrollo sea racional, estructurado y adaptado a las necesidades de los servicios de salud y la comunidad, que permitan potencialmente contribuir a la mejora global de la gestión de los servicios de salud. Para dichos efectos deberán actuar acorde con lo siguiente:

1. Contextualizar el sistema de información en cáncer de cuello de útero, a los servicios de salud, donde serán utilizados.
2. Adecuar las estructuras organizacionales de las entidades públicas para el soporte y uso de la información, en cuanto a recurso humano, financiero y tecnológico para implementar el sistema y darle sostenibilidad.

Propiciar el uso cultural y social de la información por medio del diseño de herramientas adecuadas para el nivel de atención.

Evaluar periódicamente (cada seis 6 meses) el sistema de información.

3. Con el objetivo que los entes de salud tengan a disposición información valiosa para el análisis del comportamiento de la salud, como por ejemplo:

- 3.1 La distribución de la población en riesgo.
- 3.2 La incidencia y mortalidad.
- 3.4 El estadiaje del cáncer detectado.

- 3.5 Cumplimiento de protocolos de tratamiento.
- 3.6 Efectividad de los tratamientos aplicados.
- 3.6 Costos asociados al diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos.
- 3.7 Periodos libre de la enfermedad y sobrevida del paciente.
- 3.8 Relación citología, colposcopia y biopsia.
- 3.9 Coberturas de los diferentes procesos.
- 3.10 Especificidad y sensibilidad de los diferentes métodos de diagnósticos.
- 3.11 Comportamiento epidemiológico de la enfermedad.
- 3.12 Capacidad instalada: recurso humano, equipamiento e infraestructura.
- 3.13 Otros temas relacionados.

El resultado de este producto será parte integral de esta norma.

CAPÍTULO V. MONITOREO, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

A fin de fortalecer la organización y la eficacia para la Atención Integral de la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello de Útero, el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social e Instituto Costarricense Contra el Cáncer, como responsables de los servicios de salud públicos, efectuará la correspondiente evaluación de la Atención Integral del Cáncer de Cuello de Útero, en el I y II Nivel de Atención.

1. Monitoreo y seguimiento

El prestador de servicios debe realizar el monitoreo y seguimiento, desarrollando un instrumento técnico para asegurar el cumplimiento obligatorio y la correcta ejecución de esta Norma.

2. Evaluación

La Dirección de Servicios de Salud del Ministerio de Salud evaluará a través de la respectiva metodología la calidad de la atención en la prevención y manejo del cáncer de cuello de útero.

ANEXOS

Anexo 1. Solicitud de Estudio de Citología

LABORATORIO NACIONAL DE CITOLOGÍA NÚMERO CITOLÓGICO: _ _ _ _ _
_ _ _ _ _

TELÉFONOS: 296-8625 ó 296- 8627 FAX: 296- 8628

CENTRO DE SALUD: _____ CÓDIGO
_____ ÁREA DE SALUD _____

REGIÓN: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____
CORREO ELECTRÓNICO: _____

PRIMER APELLIDO: _____ SEGUNDO APELLIDO: _____
NOMBRE: _____

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____ TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD:
_____ ESTADO CIVIL: _____

DIRECCIÓN _____ EXACTA

PROVINCIA: _____ CANTÓN:
_____ DISTRITO: _____

GESTA:_____ PARA:___ ABORTOS:_____ C:___ FUR:___/___/___ EMBARAZO: SI () NO () MENOPAUSIA () SI () NO

RADIACIÓN O CIRUGÍA ANTICONCEPTIVOS CITOLOGÍA ANTERIOR BIOPSIA ANTERIOR

SI TIPO:_____ SI TIPO:_____ SI AÑO_____ # _____ SI AÑO:___ # _____

NO AÑO_____ NO_____ MESES NO Dx:_____ NO Dx:_____

TERAPIA HORMONAL: SI NO

OBSERVACIONES:

PROFESIONAL QUE TOMA LA
MUESTRA:_____ CÓDIGO:_____ FECHA DE LA TOMA:_____
/_____/____

Anexo 2. Carné de Citología Cérvico Vaginal

CARNÉ DE CITOLOGÍA CÉRVICO VAGINAL

TARJETA DE CITAS

PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NOMBRE COMPLETO

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN

PROVINCIA CANTÓN DISTRITO

DIRECCIÓN COMPLETA

NÚMERO DE TELÉFONO

FECHA TOMA	DE RESULTADO	FECHA TOMA	PRÓXIMA	OBSERVACIONES
-----------------------	---------------------	-----------------------	----------------	----------------------

RECUERDE QUE LA CITOLOGÍA CERVICO VAGINAL ES UN EXAMEN QUE SE LES HACE PARA DETECTAR EN FORMA TEMPRANA

ALTERACIONES EN EL CUELLO DEL ÚTERO, QUE PODRÍAN CONVERTIRSE, SI NO SE ATIENDEN A TIEMPO EN UN CÁNCER.

CONSERVE ESTE CARNÉ.

Y RECUERDE QUE TIENE QUE HACÉRSELO EN LA FECHA QUE LE INDIQUE EL MÉDICO

Anexo 3. Reporte de Estudio Citológico para el Expediente Clínico

Centro de atención	Area de Salud										
Datos de la paciente:											
Cédula	Nombre										
Nacionalidad	Edad	Teléfono	Fecha de nacimiento:								
Dirección:											
Provincia	Cantón	Distrito									
Datos clínicos:											
Gesta	Fara	Abortos	Ces	Fur	Embarazo	Si	No	Menopausia	Si	No	
Rad o Cing	Si	No	Anticonceptivos	Si	No	Citología anterior	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Biopsia anterior	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Tipo	Tpo		Año		N°		Año		N°		
Año	meses		Dr:		Dr:						
Terapia hormonal	Si	No									
Observaciones											
Profesional que toma la muestra						Fecha de la toma					
Valor estrogénico:											
Diagnóstico Citológico											
Próximo examen sugerido según normas:											
Observaciones:											
Citocólogo				Fecha de diagnóstico				Patólogo			

Anexo 4. Hoja de referencia y contrarreferencia

UNIDAD		FECHA	
NOMBRE	SEXO	CODIGO	
NUMERO	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO	
DOMICILIO			
NOMBRE DEL PADRE		NOMBRE DE LA MADRE	
ATENIDO POR EL MEDICO	CODIGO	REMITIDO AL SERVICIO DE	
CENTRO ASISTENCIAL	FECHA DE LA CITA	HORA	CONSULTORIO
FIRMA RESPONSABLE UNIDAD QUE SOLICITA		FIRMA RESPONSABLE UNIDAD QUE CONCEDE	

SOLICITUD DE ENVIO

RESUMEN DE DATOS CLINICOS DE LABORATORIO Y GABINETE DE INFORMACION Y RELATIVOS AL CASO:	
MOTIVOS DEL ENVIO	
TERAPEUTICA EMPLEADA	

	INDICACION DESDE _____ HASTA _____
--	------------------------------------

FIRMA DEL MEDICO	CODIGO MEDICO	VL. AL DIRECTOR O JEFE MEDICO
------------------	---------------	-------------------------------

REFERENCIA A ESPECIALISTA (SOLICITUD Y CONCESION DE CITA)

Anexo 5. Sello específico para registrar toma de la citología en el expediente

TOMA DE CITOLOGÍA CÉRVICO VAGINAL

FECHA DE LA TOMA: _____

OBSERVACIONES: _____

EDUCACIÓN: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL: _____

FECHA: _____

Centro de colposcopia: _____ Código: _____

Datos de la paciente: _____ CÉDULA: _____

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
-----------------	------------------	--------

Dirección Exacta: _____

Procedencia: _____ Teléfono: _____

Edad: _____ Gesta: Si No Para: _____ Abortos: _____ # partos vaginales: _____ FUR: Tabaquismo: _____

Edad Inicio relaciones Sexuales _____ Número compañeros sexuales: _____ Método Planificación Familiar: _____

Fecha última citología: _____ Resultado: _____

Leucorreas Frecuentes: Si No: _____

Infecciones de transmisión sexual: _____ Especifique _____

EVALUACIÓN COLPOSCÓPICA:

Satisfactoria **ZONA DE TRANSFORMACIÓN**

Típica

Insatisfactoria Atípica

No observable

I	I
V	
III	II

DESCRIPCION	0	1	2
MARGEN =			
COLOR =			
VASO =			
YODO =			
TOTAL =			

BIOPSIA: Puntaje Colposcópico

LIE: BG (0-2) _____

LEEP: BG (3-5) _____

BG (6-8) _____

IMPRESIÓN COLPOSCÓPICA: _____
PRÓXIMO EXAMEN RECOMENDADO: _____
FECHA: _____

Contorno nítido

(2) Borde desprendido.

Lesiones entre bordes.

COLOR

(0) Brillante, blanco indistinto, semitransparente.

(1) Brillante, completamente blanco, blanco intermedio.

(2) Opaco, blanco ostra, gris.

VASOS

(0) Calibre fino, sin dilatación capilar, fino puntilleo y mosaico.

(1) Ausencia de vasos superficiales.

(2) Puntilleo y mosaico clásico, grueso, dilatación vascular.

YODO

(0) POSITIVO: produce color café caoba.

NEGATIVO: que reconoce lesiones de bajo grado.

(1) Respuesta parcial, color carey (concha de tortuga).

(2) Negativo por lesión de alto grado (color amarillo mostaza).

PUNTAJE COLPOSCÓPICO

Bajo Grado:

0-2 = HPV o NIC I

3-5 = NIC I o II

Alto Grado:

6-8 = NIC II - NIC III

Anexo 8. Hoja de informe mensual de control colposcópico

CONTROL COLPOSCÓPICO GINECOLOGÍA 2004

FECHA	NOMBRE DEL PACIENTE	# EXPEDIENTE	DX PAP	DX COLPO	BIOPSIA		ASISTENCIA	
					SI	NO	SI	NO

Anexo 9. Hoja de solicitud de biopsia

No.: _____

SOLICITUD DE BIOPSIA

Primer apellido Segundo apellido Nombre

Edad Código Servicio No. de Seguro Social

Provincia Cantón Distrito

Origen de la Pieza Biopsias anteriores Sí No

Procedimiento Quirúrgico

ANTECEDENTES CLÍNICOS: _____

Fecha:

Nombre y Código del Médico

Anexo 10. Guía para el análisis del grupo

GUÍA PARA EL ANÁLISIS DEL GRUPO

A. Datos Generales

Nombre del Grupo _____

Lugar _____

Día y hora de la reunión _____

Objetivo _____

Integrantes de la Junta Directiva _____

Nombre Cargo Dirección/ Teléfono

B. Condiciones del Grupo

a). Tiempo de funcionamiento de la actual Junta Directiva _____

b). Periodo que dura la Junta Directiva _____

c). Años de experiencia _____

d). Obras o proyectos realizados y en ejecución _____

e). Participación con el Sector Salud _____

f). Días de reunión _____

g). Valoración de asistencia de sus integrantes _____

h). Relación con funcionarios de salud _____

i). Ingresos económicos que tiene el grupo y forma de administración

(si es posible) _____

j). Limitaciones y necesidades del grupo _____

k) Logros del grupo _____

l) Actividades que realizan _____

C. Acciones por realizar con el grupo

Nota. Para definir estas acciones, es preciso hacer la relación y análisis de la información que se obtiene del grupo, sacar las conclusiones que corresponden respecto de sus fortalezas y debilidades y plantear acciones para mejorar su situación.

Anexo 11. Ficha de datos de actores sociales

FICHA DE ACTORES SOCIALES

Nombre: (grupo, persona, institución) _____

Dirección _____

Teléfono (si lo tiene) _____

Fax _____

Responsable _____

Cargo del Responsable _____

Objetivo de la organización _____

Labor a realizar _____

Anexo 12. Técnicas para trabajo de grupo

La posibilidad de lograr la participación social en un área o sector, dependerá de que los actores sociales (personas, grupos, e instituciones) que estén informados y motivados. Es responsabilidad del equipo de salud (Equipo de rectoría, equipo de apoyo o EBAIS), es la de asegurar una buena labor en este sentido.

- Las técnicas no son recetas, por lo que se deben conocer muy bien.
- Dirigirse al logro de un objetivo preciso.
- Conocer su aplicación en el momento oportuno.
- Reconocer las posibilidades y límites de la técnica.
- Aplicar varias técnicas promueve sea sistemático ordenado.

Tipos de técnicas: vivenciales – de dramatización – audiovisuales y escritas.

Anexo 13. Cuadro guía de organización del trabajo de grupos

Problema	Causas	Efecto	Solución
	(explicación)	(consecuencia)	(intervención)

Con base en el cuadro anterior, para cada problema es preciso definir los aspectos que contiene el siguiente cuadro:

Problema	Objetivo	Actividad	Tiempo	Recursos	Responsables
1.					
2.					
3.					
4.					

**Anexo 14. Organización de reunión para la elaboración de
seminario o taller**

Actividad: Taller (Seminario) de planeamiento

Objetivo: Elaborar un plan de acción para enfrentar los principales problemas relacionados a la prevención, detección temprana del cáncer de cérvix.

Fecha: La que se designe

Horario: 8:00 a.m. a 4:00 p.m.

Programa:

8:00- 8:30 a.m. inscripción de los participantes

8:30- 9:00 a.m. Saludo y bienvenida. Inauguración.

9:00-10:00 a.m. Exposición: Presentación de los resultados relacionados con el autocuidado y la prevención, detección y tratamiento del cáncer de cérvix

10:00- 10:30 a.m. Receso

10:30- 12:00 md Trabajo en Grupo: Elaboración del Plan de Acción

12:00- 100 p.m. Almuerzo

1:00- 2:00 p.m. Trabajo en grupo (continuación)

2:00- 2:30 p.m. Receso

2:30- 4:00 p.m. Plenario. Presentación del trabajo de los grupos

4:00 p.m. Clausura y Despedida

Anexo 15. Temas de educación de la salud

v La familia como sistema de contención.

v Mi cuerpo anatómico y yo.

v Autocuidado de las mujeres para la prevención y detección temprana del cáncer de cérvix.

v Mitos y creencias en relación al cáncer.

- v Estrés y su influencia en el sistema inmunológico en relación al cáncer.
- v Sexualidad y prácticas seguras y responsables.
- v Proceso del Duelo
- v Comunicación asertiva (verbal y no verbal).
- v Participación en la toma de decisiones en salud.
- v Promoción de la importancia del seguro de salud y de pensiones.
- v Promoción y defensa de los derechos humanos en salud en general y los sexuales y reproductivos en particular.
- v Involucramiento de los hombres en la construcción de la salud y las de sus parejas.
- v Mitos del amor y pareja.

Anexo 16. Guía de Evaluación

ACTIVIDAD	INDICADOR	RESULTADO	FECHA	RESPONSABLE
Detección de Población Blanco	Población detectada			
Identificación de Actores Sociales	Actores Sociales identificados			
Captación e inscripción	Captación e inscripción de Actores Sociales			
Organización de encuentros en conjunto con la comunidad	Logro de organización y acuerdos en conjunto con la comunidad			
Identificación de problemas existentes en la comunidad	Problemas detectados			
Plan de Acción con contenidos de Participación	Plan de acción formulado y en			

Anexo 17. Consentimiento informado

El _____ suscrito

En mi condición de usuaria () o representante legal () doy mi consentimiento para que estén presentes o practiquen procedimientos necesarios para

el caso particular en estudio, estudiantes, investigadores/as u otro profesional en salud , bajo la supervisión del profesional responsable.

Para lo cual dejo constancia de que recibí por parte del personal calificado información CLARA y SENCILLA de la tarea que llevarían a cabo

dichas personas.

Firma o huella digital de la usuaria No. de Identificación Fecha

O representante legal

Firma o huella digital del testigo No. de Identificación Fecha

Firmado este documento debe incluirse en el expediente personal de la paciente

Anexo 18. Descripción de kit para toma de citología cérvico vaginal

Descripción del artículo

Juegos descartables para toma de citologías cérvico-vaginales

Consta de los siguientes accesorios:

1. Con una lámina de 7,5 cm de largo, con 2,5 cm de ancho, transparente, en un extremo esmerilado, aproximadamente 2 cm, especialmente tratado para grabar leyendas en él y que permite escribir con lápiz de grafito.
2. Espátula de madera o plástica de 17-18 cm de longitud, que en un extremo termine en forma semejante a dos hojas de trébol una de las hojas discretamente más aguda y de 4-8 mm más larga.
3. Un cepillo de 20 cm de longitud con un mango plástico, flexible resistente de 2 mm de diámetro, con un extremo de cerdas de 2 cm de largo que van desde 2 a 4 mm y un diámetro en forma cónica (pequeño en la punta y más ancha atrás) que se adapte mejor al canal cérvico uterino.
4. Un frasco gotero o spray o sobres individuales de alcohol de 90-95 grados (Carbawax) común para 20-25 kits.
5. Portador de láminas de vidrio en un recipiente plástico que permite introducir la lamina con la muestra de citología en su interior, de tal forma que la lamina quede firme y estable para evitar que se quiebre o se deteriore, la muestra con banda de hule (liga) para asegurar el cierre del portaláminas, este portador de laminas debe ser de acuerdo a la lámina del vidrio solicitado.

EMPAQUE:

Todos los anteriores accesorios, vienen en empaques individuales de cartón resistente o en bolsa plástica.

Empaque secundario: Serán en cajas o bolsas plásticas conteniendo 20 ó 25 kits cada una.

Empaque terciario: Serán cajas resistentes y fuertes, conteniendo 1.000 unidades cada una, estas deberán de venir debidamente identificadas con nombre de la casa fabricante, número de lote.

El proveedor deberá de indicar en su oferta el empaque y cantidad que ofrecerá, de acuerdo con lo solicitado en el cartel.

En caso de adjudicación, la casa matriz deberá de indicar en cada entrega:

1. Certificación de cada lote.
2. Nombre del artículo.
3. Código del artículo.
4. Indicar fecha de vencimiento.

MUESTRAS:

Presentar dos juegos que contengan los cinco (5) puntos señalados en la ficha técnica.

Anexo 19. Instructivo para el registro de la información

Objetivo:

Establecer lineamientos para el registro de la información en los niveles de atención, con la finalidad de orientar la compatibilidad e intercambio de los datos para sus respectivos análisis. Así también facilitar a los usuarios (as) en salud, sobre la forma correcta del llenado de los formularios.

Recomendaciones de los campos a registrar para el primer capítulo del punto 4.10 de esta normativa:

Campo	Explicación	Consideraciones
Tipo	Es un número que se asigna para identificar el	0 = cédula identidad

Identificación	tipo de usuario que asiste al centro de salud, ya sea un nacional, extranjero, que posea cédula de residencia o un permiso de trabajo.	5 = cédula de residencia 6 = Permiso de trabajo 7 = Número identificación.
Número de Identificación	Es el número del documento de identificación que presenta la usuaria en el centro de salud, ya sea un nacional, extranjero, que posea cédula de residencia o un permiso de trabajo.	8 = Pasaporte Número de cédula identidad en registro civil Número de cédula de residencia Número de permiso de trabajo Número de identificación. Número de pasaporte
Nombre del usuaria	Son los apellidos y nombre completo del usuaria que asiste al centro de salud.	Debe estar en letra legible y asegurarse que corresponde al documento presentado por el usuario Debe incluir en forma separada: Primer apellido Segundo apellido
Dirección del domicilio	Es la dirección que tiene el usuario, se debe incluir nombre de la provincia, cantón, distrito, barrio y dirección exacta de la usuaria	Nombre completo Se debe seguir por la distribución geográfica establecida para estos fines.
Código del centro de salud	Es el número que es asignado al centro de salud.	Para la codificación de la identificación de los centros de salud referidos a hospitales y áreas de salud, se utilizará un código numérico a cuatro dígitos. Las sedes del centro de salud debidamente establecidas, serán identificadas por un código numérico de seis dígitos, de los cuales, los cuatro primeros

corresponden al código que identifica al área de salud correspondiente y los siguientes dos dígitos a un número consecutivo.

Nombre del centro de salud	Es el nombre que tiene asignado el centro de salud.	
Teléfono del centro de salud	Corresponde al teléfono del centro de salud	
Fecha de nacimiento de la usuaria	Anotar la fecha de nacimiento de la usuaria que indica el documento oficial de identificación.	El formato general del tipo de fecha es (DD/MM/AAAA), donde DD significa Día, MM significa Mes y AAAA significa año.
Edad de la usuaria	Indicar en los formularios respectivos la edad exacta de la usuaria	
Teléfono usuaria	Se debe registrar el número telefónico legible donde se pueda localizar la usuaria.	
Tipo profesional	Es un número que se asigna para identificar el tipo de profesional que tomo la muestra el centro de salud, estos son el médico o el enfermero.	E = Enfermero M= Médico
<u>Nombre del profesional que toma la muestra</u>	Son los apellidos y nombre completo del profesional que realiza el procedimiento en el centro de salud.	Debe incluir en forma separada: Primer apellido Segundo apellido Nombre completo
<u>Código del profesional</u>	Es el número que se le asigna al profesional en salud por parte del Colegio adscrito	Colegio de Médicos de Costa Rica Colegio de Enfermeras de Costa Rica
<u>Resultado de la citología anterior</u>	Corresponde al diagnóstico de la última citología realizada a la usuaria por parte de los centros de atención de salud	Se recomienda que se debe tener el datos de la última citología
<u>Fecha de la toma de la citología</u>	Corresponde a la fecha en que se realiza el estudio citológico a la usuaria	

<u>Fecha de envío de la muestra al laboratorio de citología</u>	Corresponde a la fecha en que el centro de salud envía el estudio al laboratorio de citología.	
<u>Fecha de recibido del reporte del laboratorio de Citología</u>	Corresponde a la fecha en que el centro de salud recibe el reporte por parte del laboratorio de citología.	
<u>Código del diagnóstico de citología</u>	Corresponde al código asignado a la lesión cérvico vaginal por parte del laboratorio de citología	Basado en la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE- 10), como lo indica esta norma.
<u>Descripción del diagnóstico de la citología</u>	Corresponde al nombre del diagnóstico asignado al reporte citología	
<u>Fecha de notificación de resultado a la usuaria</u>	Corresponde a la fecha en que el centro de salud notifica a la usuaria del resultado de su citología	
<u>Fecha de entrega de referencia a colposcopia</u>	Corresponde a la fecha en que el centro de salud envía la referencia a colposcopia de las usuarias que requieren de este servicio de apoyo	
<u>Fecha de recibido de contrarreferencia por colposcopia</u>	Corresponde a la fecha en que el centro de salud recibe la contrarreferencia de servicio de colposcopia	
<u>Fecha de realización la colposcopia</u>	Corresponde a la fecha en que el servicio de colposcopia realizó el procedimiento	
<u>Hallazgo por colposcopia</u>	Corresponde a los hallazgos encontrados por parte del colposcopista	
<u>Diagnóstico histopatológico</u>	Corresponde al diagnóstico que efectuó patología al espécimen	
Campo	Explicación	Consideraciones
<u>Tratamiento recibido</u>	Corresponde a indicar el tratamiento que recibió la usuaria	Debe incluir al menos los siguientes apartados:

Quimioterapia

Radioterapia

Braquiterapia

Cirugía

Medicamento u otro

Fecha de la próxima citología Corresponde a la fecha de la próxima citología que la usuaria debe asistir al centro de salud.

Recomendaciones de los campos a registrar para el primer capítulo del punto 4.10 de esta normativa, para los laboratorios de la toma de citología, los cuales deben reportar al menos la siguiente información

Campo	Explicación	Consideraciones
Tipo Identificación	Es un número que se asigna para identificar el tipo de usuario que asiste al centro de salud, ya sea un nacional, extranjero, que posea cédula de residencia o un permiso de trabajo.	0 = Cédula identidad en registro civil. 5 = Cédula de residencia. 6 = Permiso de trabajo. 7 = Extranjero con identificación. 8 = Pasaporte.
Número de Identificación	Es el número del documento de identificación que presenta el usuario en el centro de salud, ya sea un nacional, extranjero, que posea cédula de residencia o un permiso de trabajo.	Número de cédula identidad en registro civil. Número de cédula de residencia. Número de permiso de trabajo. Número de seguro social. Número de pasaporte. Debe estar en letra legible y asegurarse que corresponde al

Nombre de la usuaria	Son los apellidos y nombre completo del usuaria que asiste al centro de salud.	documento presentado por el usuario. Debe incluir en forma separada: Primer apellido. Segundo apellido.
Dirección del domicilio	Es la dirección que tiene el usuario, se debe incluir nombre de la provincia, cantón, distrito y dirección exacta de la usuaria.	Nombre completo. Se debe seguir por la distribución geográfica establecida para estos fines.
Código del centro de salud	Es el número que es asignado al centro de salud.	Para la codificación de la identificación de los centros de salud referidos a hospitales y áreas de salud, se utilizará un código numérico a cuatro dígitos. Las sedes de los centros de salud debidamente establecidos, serán identificadas por un código numérico de seis dígitos, de los cuales, los cuatro primeros corresponden al código que identifica al área de salud correspondiente y los siguientes dos dígitos a un número consecutivo.
Nombre del centro de salud	Es el nombre que tiene asignado el centro de salud.	
Fecha de nacimiento de la usuaria	Anotar la fecha de nacimiento de la usuaria que indica el documento oficial de identificación.	El formato general del tipo de fecha es (DD/MM/AAAA), donde DD significa Día, MM significa Mes y AAAA significa año.
Edad de la usuaria	Indicar en los formularios respectivos la edad exacta de la usuaria.	
Teléfono usuaria	Se debe registrar el número telefónico legible donde se pueda localizar la usuaria.	
<u>Fecha de la citología anterior</u>	Corresponde a la fecha de la última citología realizada a la usuaria por parte del laboratorio de citología.	
<u>Calidad de la muestra</u>	Corresponde a la calidad de la muestra que fue	Inadecuada

	recibida por parte del laboratorio de citología.	Adecuada
<u>Fecha de recibido de la solicitud del estudio citológico</u>	Corresponde a la fecha en que el laboratorio recibe la solicitud del estudio citológico.	
<u>Código del diagnóstico de citología</u>	Corresponde al código asignado a la lesión cérvico vaginal por parte del laboratorio de citología.	Basado en la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10), como lo indica esta norma.
<u>Descripción del diagnóstico de la citología</u>	Corresponde al nombre del diagnóstico asignado al reporte citología.	
<u>Fecha de notificación por lesiones premalignas</u>	Corresponde a la fecha en que el laboratorio de citología notifica al centro de salud de algún resultado que sea positivo.	Debe además anotar el personal del laboratorio de citología en número telefónico y la persona responsable con quién se notificó.
<u>Fecha de la próxima citología</u>	Corresponde a la fecha de la próxima citología que la usuaria debe asistir al centro de salud.	

Recomendaciones de los campos a registrar para el segundo capítulo del punto 3.7, para el reporte de colposcopia, de esta normativa:

Campo	Explicación	Consideraciones
Tipo		0 = cédula identidad en registro civil.
Identificación	Es un número que se asigna para identificar el tipo de usuario que asiste al centro de salud, ya sea un nacional, extranjero, que posea cédula de residencia o un permiso de trabajo.	5 = cédula de residencia. 6 = Permiso de trabajo. 7 = Extranjero con identificación. 8 = Pasaporte.
Número de Identificación	Es el número del documento	Número de cédula identidad en

	identificación que presenta el usuario en el centro de salud, ya sea un nacional, extranjero, que posea cédula de residencia o un permiso de trabajo.	registro civil. Número de cédula de residencia. Número de permiso de trabajo. Número de seguro social. Número de pasaporte. Debe estar en letra legible y asegurarse que corresponde al documento presentado por el usuario.
Campo Nombre de la usuaria	Explicación Son los apellidos y nombre completo del usuaria que asiste al centro de salud.	Consideraciones Debe incluir en forma separada: Primer apellido. Segundo apellido. Nombre completo. Se debe seguir por la distribución geográfica establecida para estos fines.
Dirección del domicilio	Es la dirección que tiene el usuario, se debe incluir nombre de la provincia, cantón, distrito y dirección exacta de la usuaria.	
Código del centro de salud	Es el número que es asignado al centro de salud.	Para la codificación de la identificación de los centros de salud referidos a hospitales y áreas de salud, se utilizará un código numérico a cuatro dígitos. Las sedes de los centros de salud debidamente establecidas, serán identificadas por un código numérico de seis dígitos, de los cuales, los cuatro primeros corresponden al código que identifica al área de salud correspondiente y los siguientes dos dígitos a un número consecutivo.
Nombre del centro de salud	Es el nombre que tiene asignado el centro de salud.	
Teléfono del centro	Corresponde al teléfono del	

de salud centro de salud.

Fecha de nacimiento de la usuaria	Anotar la fecha de nacimiento de la usuaria que indica el documento oficial de identificación.	El formato general del tipo de fecha es (DD/MM/AAAA), donde DD significa Día, MM significa Mes y AAAA significa año.
Edad de la usuaria	Indicar en los formularios respectivos la edad exacta de la usuaria.	
Teléfono usuaria	Se debe registrar el número telefónico legible donde se pueda localizar la usuaria.	
Tipo profesional	Es un número que se asigna para identificar el tipo de profesional que tomo la muestra el centro de salud, estos son el médico o el enfermero.	E = Enfermero M= Médico
<u>Nombre del profesional que toma la muestra</u>	Son los apellidos y nombre completo del profesional que realiza el procedimiento en el centro de salud.	Debe incluir en forma separada: Primer apellido. Segundo apellido. Nombre completo. Colegio de Médicos de Costa Rica. Colegio de Enfermeras de Costa Rica.
<u>Código del profesional</u>	Es el número que se le asigna al profesional en salud por parte del Colegio adscrito.	
<u>Fecha de la colposcopia</u>	Corresponde a la fecha en que se realiza la colposcopia.	
<u>Código del diagnóstico de la citología</u>	Corresponde al código asignado a la lesión cérvico vaginal por parte del laboratorio de citología.	
<u>Descripción del diagnóstico de la citología</u>	Corresponde al nombre del diagnóstico asignado al reporte citología.	
<u>Hallazgo por colposcopia</u>	Corresponde a los hallazgos encontrados por parte del colposcopista.	
<u>Fecha en que se efectuó biopsia</u>	Corresponde a la fecha en que el servicio de	

	colposcopia realizó la biopsia.	
<u>Fecha de recibido del resultado de la biopsia</u>	Corresponde a la fecha en que el servicio de colposcopia recibió el resultado de la biopsia.	
<u>Diagnóstico histopatológico</u>	Corresponde al diagnóstico que efectuó patología al espécimen.	
<u>Tratamiento efectuado</u>	Corresponde a indicar el tratamiento efectuado a la usuaria.	Debe incluir al menos los siguientes apartados: Quimioterapia. Radioterapia. Braquiterapia. Cirugía. Medicamento u otro.
<u>Fecha de envío contrarreferencia al I nivel de atención</u>	Corresponde a la fecha en que el servicio de colposcopia envía la contrarreferencia al I nivel de atención.	
<u>Fecha de envío referencia al III nivel de atención</u>	Corresponde a la fecha en que el servicio de colposcopia envía la referencia al III nivel de atención.	
<u>Fecha de envío contrarreferencia al II nivel de atención</u>	Corresponde a la fecha en que el III nivel de atención envía la contrarreferencia al II nivel de atención.	

Recomendaciones de los campos a registrar para el segundo capítulo del punto 3.7, referente al reporte de patología de esta normativa:

Campo	Explicación	Consideraciones
Tipo Identificación	Es un número que se asigna para identificar el	0 = cédula identidad.

tipo de usuario que asiste al centro de salud, ya sea un nacional, extranjero, que posea cédula de residencia o un permiso de trabajo.

5 = cédula de residencia.
6 = Permiso de trabajo.
7 = Extranjero con identificación.
8 = Pasaporte.

Número de Identificación

Es el número del documento de identificación que presenta el usuario en el centro de salud, ya sea un nacional, extranjero, que posea cédula de residencia o un permiso de trabajo.

Número de cédula identidad en registro civil.
Número de cédula de residencia.
Número de seguro social.
Número de pasaporte.
Debe estar en letra legible y asegurarse que corresponde al documento presentado por el usuario.

Campo	Explicación	Consideraciones
Nombre de la usuaria	Son los apellidos y nombre completo del usuaria que asiste al centro de salud.	Debe incluir en forma separada: Primer apellido. Segundo apellido. Nombre completo.
Dirección del domicilio	Es la dirección que tiene el usuario, se debe incluir nombre de la provincia, cantón, distrito y dirección exacta de la usuaria.	Se debe seguir por la distribución geográfica establecida para estos fines.
Código del centro de salud	Es el número que es asignado al centro de salud.	Para la codificación de la identificación de los centros de salud referidos a hospitales y áreas de salud, se utilizará un código numérico a cuatro dígitos. Las sedes debidamente establecidas, serán identificadas por un código numérico de seis dígitos, de los cuales, los cuatro primeros

		corresponden al código que identifica al área de salud correspondiente y los siguientes dos dígitos a un número consecutivo.
Nombre del centro de salud	Es el nombre que tiene asignado el centro de salud.	
Teléfono del centro de salud	Corresponde al teléfono del centro de salud.	
Fecha de nacimiento de la usuaria		Anotar la fecha de nacimiento de la usuaria que indica el documento oficial de identificación.
		El formato general del tipo de fecha es (DD/MM/AAAA), donde DD significa Día, MM significa Mes y AAAA significa año.
Edad de la usuaria	Indicar en los formularios respectivos la edad exacta de la usuaria.	
Teléfono usuaria	Se debe registrar el número telefónico legible donde se pueda localizar la usuaria.	
<u>Fecha de recibido de biopsia</u>	Corresponde a la fecha en que el servicio de patología recibió la biopsia.	
<u>Fecha del reporte de la biopsia</u>	Corresponde a la fecha en que el servicio de patología reporto el diagnóstico por biopsia.	
<u>Diagnóstico histopatológico</u>	Corresponde al diagnóstico que efectuado por patología.	
<u>Fecha de notificación por lesiones premalignas</u>	Corresponde a la fecha en que el servicio de patología notifica al centro de salud de algún resultado que sea positivo.	Debe además anotar el personal del servicio de patología el número telefónico y la persona responsable con quién se notificó.

Normas para Laboratorios de Citología

1. Introducción

El cáncer es en este momento la segunda causa de muerte en Costa Rica, hecho que ha desencadenado una serie de actividades en aras de mejorar, entre otras cosas la calidad de la atención.

Nuestro país se encuentra en un periodo de transición, en donde el modelo de atención para la salud debe de ser capaz de mantener y mejorar los indicadores actuales con respecto a las enfermedades infecto-contagiosas y al mismo tiempo tiene la obligación de enfrentar eficiente, eficaz y efectivamente las enfermedades crónico-degenerativas y los traumas, las que se convirtieron en las primeras causas de enfermedad y muerte.

Este reto es aún más grande para una Nación en “vías de desarrollo”, en donde los recursos para la atención especializada de las enfermedades debe hacerse racionalmente, por el alto costo que esto implica.

El Ministerio de Salud y de forma coordinada con los otros actores del Sistema Nacional de Salud se ha dado a la tarea de enfrentar la problemática del cáncer de manera sistemática y tomando en cuenta la experiencia desarrollada en nuestro país y en otras partes del mundo.

En este afán de superación ha generado acciones para normar la operación de los establecimientos que actúan o prestan servicios, directa o indirectamente, en materias ligadas con la salud y el bienestar de las personas, siendo uno de ellos los establecimientos encargados de procesar las citologías cérvico-vaginales.

Se emite la siguiente Norma, la cual es de acatamiento obligatorio y aplicable para todos los laboratorios públicos y privados que procesan citologías cérvico-vaginales en Costa Rica.

2. Recepción de Muestras

Los auxiliares, asistentes de laboratorio o técnicos en ciencias médicas, son los encargados de:

1. Recibir las muestras de citologías cérvicovaginales.
2. Cotejar los datos de la laminilla y solicitud de examen.
3. Separar las que vienen quebradas y las que no concuerden con la solicitud, para su posterior devolución o reparación.

4. Colocar las citologías en las bandejas.
5. Numerar las laminillas y las solicitudes.
6. Especificar la fecha de recibido de cada solicitud.
7. Digitar los lugares de procedencia y las citologías urgentes, que ameritan procesamiento prioritario.
8. Separar las laminillas e incluir los datos de la usuaria en el sistema de cómputo.
9. Controlar la calidad del proceso que consiste en:

9.1 Cotejar la primera y la última lámina de cada bandeja buscando concordancia con las solicitudes.

9.2 Reparar todas las láminas quebradas posibles haciendo, de ser necesario tinción manual por separado.

9.3 Hacer el control cruzado en el sistema de cómputo respecto a sitios de procedencia, para corroborar que no hayan errores, y no sean enviados los reportes a otros lugares.

9.4 Llevar un registro de las citologías devueltas por no cumplir con los requisitos establecidos y notificarlo al establecimiento de salud, para la toma de una nueva muestra.

3. Numeración y montaje de clips sujetadores de laminillas o bandejas metálicas

El Auxiliar o Asistente de Laboratorio es el encargado de preparar el material para el proceso de tinción, numerando las láminas con el número consecutivo correspondiente y colocándolas en un dispensador clip o bandeja metálica.

El Auxiliar Asistente de Laboratorio o Técnico en Ciencias Médicas es el encargado del control de calidad, por lo que debe verificar que la numeración sea legible y correcta.

4. Tinción de laminillas

El Asistente o Auxiliar de Laboratorio o Técnico en Ciencias Médicas es el encargado de teñir mediante la coloración de citología cérvicovaginal las muestras previamente preparadas. Este proceso puede hacerse de forma automatizada o manual.

El Citotecnólogo es el encargado de hacer control de calidad, mediante control aleatorio de citologías teñidas, valorando diariamente calidad de tinción y fijación de las muestras.

5. Montaje de cubreobjetos y distribución de citologías

El Asistente o auxiliar de laboratorio o técnico en ciencias médicas es el encargado de:

5.1 El montaje de los cubreobjetos a las láminas de citologías (manual o automatizado).

5.2 Colocar las laminillas en grupos, junto con sus solicitudes para ser diagnosticadas.

5.3 Entregarlas a los Citotecnólogos, para su tamizaje.

5.4 Recoger las bandejas de láminas que ya han sido tamizadas.

5.5 Realizar el control de calidad que consiste en:

5.5.1 Corroborar que las láminas concuerden con las respectivas solicitudes

5.5.2 Ordenarlas en forma consecutiva.

5.5.3 Llevar un registro diario de las citologías recibidas, teñidas y montadas. El registro debe tener la cantidad y numeración de las citologías entregadas diariamente a cada uno de los Citotecnólogos.

6. Digitación de exámenes citológicos (datos personales completos)

Los digitadores son los encargados de:

6.1 La transcripción de los datos personales y clínicos de la paciente de la solicitud al sistema de registro.

6.2 Corroborar que todos los datos hayan sido transcritos correctamente.

El Citotecnólogo, al momento de incluir el diagnóstico, debe verificar que los datos personales y clínicos incluidos en el sistema sean los correctos.

7. Tamizaje diagnóstico

Los Citotecnólogos son los encargados de:

7.1 Realizar el tamizaje de los especímenes citológicos cervico-vaginales, identificando y separando las citologías con anormalidades, tales como: infecciones específicas, lesiones pre-malignas, malignas, otros hallazgos que se consideren de importancia diagnóstica y priorizando las citologías que tengan referencia de urgente, para su posterior revisión por el patólogo.

7.2 Ingresar los diagnósticos finales a la base de datos, una vez realizado el proceso diagnóstico y habiéndose cumplido con las acciones establecidas para control de calidad.

7.3 Realizar estudios de re-tamizaje cuando sea necesario.

7.4 Llevar el registro de todas las citologías revisadas.

Los patólogos son los encargados de:

7.5 Emitir el diagnóstico de las citologías cervico-vaginales con lesiones o dudas de diagnósticas.

7.6 Revisar todas las citologías que se consideren necesarias, tales como: infecciones específicas, lesiones pre-malignas, malignas, y otros hallazgos que se consideren de importancia diagnóstica, que tengan referencia de urgente o dudas de diagnóstico, junto con el citotecnólogo.

7.7 Procurar y controlar que al menos el 10% de las citologías reportadas diarias como negativas sean retamizadas por los citotecnólogos.

8. Entrega de resultados

El Oficinista, Recepcionista o Secretaria es el encargado de:

8.1 Clasificar los reportes citológicos según lugar de origen.

8.2 Imprimir un nuevo reporte cuando las hojas están deterioradas o ilegibles.

8.3 Incluir en el sistema de cómputo el listado de las citologías despachadas a cada centro de atención.

8.4 Rotular cada sobre con el nombre del lugar de destino.

8.5 Confeccionar los formularios de envío, cuando los mismos son enviados por medio de correos de Costa Rica.

8.6 Archivar las tarjetas de las citologías alteradas.

8.7 Confirmar el lugar de procedencia de cada Mensajero.

8.8 Entregar a los mensajeros respectivos.

8.9 Realizar el control de calidad mediante la verificación de los lugares de destino de las citologías a enviar, por medio del sistema de cómputo.

El patólogo revisa el informe citológico final preparado para ser enviadas, corroborando el lugar de procedencia, numeración y diagnósticos.

9. Envío resultados alterados prioritarios

El Asistente Administrativo o encargado de cómputo es el responsable de enviar vía fax o medio electrónico todos los reportes con diagnóstico de lesión de alto grado (displasias moderadas en adelante), citologías urgentes y las que son solicitadas telefónicamente, al centro de atención correspondiente.

10. Archivo de laminillas

El Auxiliar o Asistente de Laboratorio es el responsable de archivar todas las laminillas, archivando por separado las que tienen lesiones displásicas (pre-malignas) y malignas, los cuales serán archivadas por tiempo indefinido.

Todas las laminillas sin lesión deben ser archivadas por un periodo de dos (2) años.

11. Mantenimiento del equipo

El laboratorio debe tener un plan de mantenimiento preventivo, correctivo de sus equipos e insumos (reactivos, colorantes y otros).

Los usuarios de los equipos bajo su responsabilidad, deben mantener el equipo en buenas condiciones de funcionamiento y limpieza.

12. Sistema de registro

El encargado debe estar capacitado y tener experiencia para desarrollar esta función, que consiste en:

12.1 Imprimir reportes requeridos.

- 12.2 Confeccionar informes mensuales de producción.
- 12.3 Confeccionar informes estadísticos.
- 12.4 Atender las llamadas de consulta sobre diagnósticos.
- 12.5 Capacitar al personal del laboratorio en el uso del sistema.
- 12.6 Dar soporte y mantenimiento a:
 - 12.6.1 A la base de datos.
 - 12.6.2 Sistema de Información de citología.
 - 12.6.3 Red de comunicación voz y datos.
 - 12.6.4 Computadoras en cuanto a hardware y software de oficina.
- 12.7 Respaldo mensual de la información.

Dado en la Presidencia de la República.—San José, a los veintidós días del mes de febrero del dos mil seis.