EsSalud
Perú saludable

"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

# RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL Nº 469 -GG-ESSALUD-2022

Lima, 17 MAR 2022

**VISTOS:**

Los Memorandos Nros 1998, 2180 y 2273-GCPS-ESSALUD-2021, y los Informes Nros 405, 439 y 457-GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2021 de la Gerencia de Central de Prestaciones de Salud; el Memorando N° 12309-GCOP-ESSALUD-2021 de la Gerencia Central de Operaciones, los Memorandos Nros 10315 y 10554 -GCPP-ESSALUD-2021 e Informe N° 324-GOP-GCPP-ESSALUD-2021 de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto; la Nota N° 485-GCAJ-ESSALUD-2022 y el Informe N° 78-GNAA-GCAJ-ESSALUD-2022 de la Gerencia Central de Asesoría Jurídica; y;

**CONSIDERANDO:**

Que, de conformidad con lo establecido en el Numeral 1.2 del artículo 1º de la Ley Nº 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

GERENTE GENERAL V°B° M. CARDENAS R. GERENTE GENERAL(e) ESSALUD

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

Que, por Decreto Supremo N° 09-2012-SA, que aprueba el Plan Nacional de Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento de Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú denominado "Plan Esperanza", que tiene por finalidad contribuir a disminuir la mortalidad y morbilidad por cáncer, mediante el acceso a la oferta de servicios de salud oncológicos;

GERENCIA CENTRAL DE OPERACIONES V°B° J. ORTEGA D. Gerente Central ESSALUD

Que, la Segunda Disposición Complementaria Final de la Ley N° 31336, Ley Nacional de Cáncer, declara de necesidad pública e interés nacional la organización y ejecución de acciones para la prevención, promoción, control y vigilancia del cáncer de mama, así como de cuello uterino y el fortalecimiento de la estrategia de vacunación contra el virus del papiloma humano en las niñas y adolescentes en etapa escolar a nivel nacional;

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD V°B° ESSALUD

Que, el Documento Técnico "Lineamientos de Políticas y Estrategias para la prevención y control de Enfermedades No Transmisibles (ENT) 2016-2020" aprobado mediante la Resolución Ministerial N°229-2016-MINSA, establece como Lineamiento 3 incrementar en el Sistema de salud la capacidad de respuesta para garantizar el acceso, la cobertura, y la calidad de atención para los pacientes con daños y riesgos cardiovasculares, diabetes mellitus y cáncer, con énfasis en el primer nivel de atención de la salud y la prevención primaria;

GERENCIA CENTRAL DE ASESORÍA JURÍDICA DESPACHO V°B° A. VERÁSTEGUI ESSALUD

Que, mediante Resolución Ministerial N°440-2017-MINSA se aprueba el Documento Técnico "Plan Nacional para la prevención y control de Cáncer de cuello uterino en el Perú (2017-2021), que tiene como finalidad reducir la morbi mortalidad por cáncer de cuello uterino.

V°B° Dr. W. CUBA A. G. Central ESSALUD

Que, en el Plan Estratégico Institucional 2017-2021 aprobado mediante Acuerdo de Consejo Directivo N°19-15-ESSALUD-2017, se establece como primer y segundo objetivo

**RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL Nº 469 -GG-ESSALUD-2022**

estratégico de ESSALUD, "Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados" y "Desarrollar una gestión con excelencia operativa", respectivamente;

Que, mediante la Resolución de Gerencia General N° 1611-GG-ESSALUD-2020, se aprueba el Plan de Prevención y Control de Cáncer en EsSalud 2020-2021;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 576-2019/MINSA se aprueba la Directiva Sanitaria N° 085-MINSA/2019/DGIESP "Directiva Sanitaria para la Prevención del Cáncer de Cuello Uterino mediante la detección temprana y tratamiento de lesiones pre malignas incluyendo carcinoma in situ", el cual establece en el numeral 5.6 los procedimientos para tamizaje de cáncer de cuello uterino;

Que, en el literal e) del artículo 2° de la Ley Nº 27056 se establece como una de las funciones de ESSALUD, formular y aprobar sus reglamentos internos, así como otras normas que le permitan ofrecer sus servicios de manera ética, eficiente y competitiva a sus asegurados;

Que, mediante la Resolución de Gerencia General N° 1553-GG-ESSALUD-2020, se aprueba la Directiva N° 21-GCPP-ESSALUD-2017, "Normas para la Formulación, Evaluación, Aprobación y Actualización de documentos normativos y documentos técnico-orientadores en ESSALUD", con el objetivo de establecer las normas y procedimientos para la formulación, evaluación, aprobación y actualización de los documentos normativos que rigen la gestión del Seguro Social de Salud – ESSALUD;

Que, de acuerdo al artículo 158 del Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Seguro Social de Salud – ESSALUD, aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 y sus modificatorias, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud es el órgano de línea encargado de elaborar, proponer, monitorear y evaluar el cumplimiento de las políticas, normas y estrategias relacionadas con la atención integral de salud que se brindan a los usuarios a través de las IPRESS propias, de terceros y otras modalidades;

Que, con Memorando e Informe de Vistos, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud sustenta y remite a la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, un proyecto de Directiva "Detección Temprana de Cáncer de cuello uterino en el Seguro Social de Salud – EsSalud", cuyo objetivo es establecer criterios para la promoción, prevención y detección precoz del cáncer de cuello uterino ESSALUD, y su finalidad es estandarizar disposiciones a fin de contribuir a mejorar la oportunidad y calidad de atención en la detección temprana de cáncer de cuello uterino. Asimismo, acompaña la opinión favorable de la Gerencia Central de Operaciones;

Que, mediante Memorando e Informe de Vistos, la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto evalúa y concluye que la propuesta de Directiva en mención cumple con las disposiciones descritas en la Directiva de Gerencia General N° 21-GCPP-ESSALUD-2020, "Normas para la formulación, evaluación, aprobación, y actualización de documentos normativos y documentos técnico-orientadores en ESSALUD", aprobada por Resolución de Gerencia General N° 1553-GG-ESSALUD-2020, motivo por el cual brinda opinión favorable;

Que, con Memorando e Informe de Vistos, la Gerencia Central de Asesoría Jurídica encuentra viable que se continúe con el trámite para la aprobación de la propuesta de "Detección temprana de Cáncer de cuello uterino en el Seguro Social de Salud- EsSalud", al resultar concordante con la Ley N° 26842, Ley General de Salud; Ley N° 27056, Ley de

EsSalud
Perú saludable

"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

**RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL Nº 469 -GG-ESSALUD-2022**

Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD); Ley N° 31336, Ley Nacional del Cáncer, Resolución Ministerial N°440-2017-MINSA que aprueba el Documento Técnico Plan Nacional de Prevención y Control de Cáncer de cuello uterino 2017-2021, Resolución Ministerial Nº 576-2019/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N°085-MINSA/2019/DGIESP "Directiva Sanitaria para la prevención del Cáncer de cuello uterino mediante detección temprana y tratamiento de lesiones pre malignas incluyendo carcinoma in situ"; asimismo, considerando que la propuesta de Directiva en mención ha sido elaborada acorde con las disposiciones y procedimientos establecidos en la Directiva de Gerencia General N° 21-GCPP-ESSALUD-2020, "Normas para la formulación, evaluación, aprobación, y actualización de documentos normativos y documentos técnico-orientadores en ESSALUD", aprobada por Resolución de Gerencia General N° 1553-GG-ESSALUD-2020; siendo el sustento técnico de la misma de competencia de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, conforme a sus funciones establecidas en el ROF de EsSalud;

Que, de acuerdo a lo establecido en el literal b) del artículo 9 de la Ley Nº 27056, el Gerente General es competente para dirigir el funcionamiento de la Institución, emitir las directivas y los procedimientos internos necesarios, en concordancia con las políticas, lineamientos y demás disposiciones del Consejo Directivo y del Presidente Ejecutivo;

Con los vistos de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, de la Gerencia Central de Operaciones, de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, y de la Gerencia Central de Asesoría Jurídica;

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

**SE RESUELVE:**

1. **APROBAR**, la Directiva N° 04-GCPS-ESSALUD-2022, "Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino en ESSALUD", que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

2. **DEROGAR,** la Directiva N° 02-GG-ESSALUD-2016 "Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino en ESSALUD" aprobada mediante Resolución de Gerencia General N° 179-GG-ESSALUD-2016.

3. **DISPONER**, que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud se encargue de la difusión, asesoría técnica y conducción del proceso de implantación de la Directiva aprobada por la presente Resolución, a nivel nacional.

4. **DISPONER**, que la Gerencia Central de Operaciones se encargue del proceso de implementación, supervisión y control de la Directiva aprobada por la presente Resolución.

5. **DISPONER**, que los Órganos Desconcentrados y Prestadores Nacionales en el ámbito de sus competencias, adopten las acciones que resulten necesarias para la difusión, implementación y cumplimiento de la Directiva aprobada por la presente Resolución.

6. **DISPONER**, que la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto adopte los mecanismos necesarios para que los Órganos Desconcentrados y Prestadores Nacionales cuenten con los recursos presupuestales destinados a brindar cobertura a las actividades de la Directiva.

GERENTE GENERAL V°B° N. CARDENAS R. GERENTE GENERAL(e) ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE OPERACIONES V°B° J. ORTEGA D. Gerente Central ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD V°B° M. ARBIETA L. Gerente Central (e) ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE ASESORIA JURIDICA DESPACHO V°B° VERASTEGUI Gerente Central ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO V°B° Dr. W. CUBA A. G. Central ESSALUD

Siempre con el pueblo

**RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL Nº 469 -GG-ESSALUD-2022**

7. **DISPONER**, que la Secretaría General se encargue de la publicación de la Directiva aprobada por la presente Resolución en el compendio normativo del Seguro Social de Salud – ESSALUD.

**REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE**

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD V°B° ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE ASESORIA JURIDICA DESPACHO V°B° A. VERASTEGUI G. CENTRAL ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE OPERACIONES V°B° J. ORTEGA D. Gerente Central ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO V°B° Dr. W. CUBA A. G. Central ESSALUD

Dr.MARCO IVÁN CÁRDENAS ROSAS
Gerente General (e)
ESSALUD

# DIRECTIVA N° 04 -GCPS-ESSALUD-2022

# "DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN ESSALUD"

| | Nombre | CARGO | FECHA | Firma y V°B° |
|---|---|---|---|---|
| **Elaborado por** | Einstein Murrieta Lujan | Gerente Central de Prestaciones de Salud | | Dr. EINSTEIN MURRIETA LUJÁN GERENTE CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD (e) ESSALUD |
| **Revisado por** | Jorge Luis Ortega Diaz | Gerente Central de Operaciones | | Dr. JORGE LUIS ORTEGA DIAZ GERENTE CENTRAL DE OPERACIONES ESSALUD |
| **Revisado por** | William Cuba Arana | Gerente Central de Planeamiento y Presupuesto | | Dr. WILLIAM CUBA ARANA Gerente Central de Planeamiento y Presupuesto ESSALUD |
| **Revisado por** | Alejandro Verástegui Gastelú | Gerente Central de Asesoría Jurídica | | ABOG. SIMON ALEJANDRO VERÁSTEGUI GASTELÚ Gerente Central de Asesoría Jurídica ESSALUD |
| **Aprobado por** | Marco Ivan Cárdenas Rosas | Gerente General | | Dr. MARCO IVÁN CÁRDENAS ROSAS Gerente General (e) ESSALUD |

**2022**



Siempre con el pueblo

## ÍNDICE


| | Pág. |
|---|---|
| CAPÍTULO I: DISPOSICIONES INICIALES | 3 |
| CAPÍTULO II: ÓRGANOS RESPONSABLES | 6 |
| CAPÍTULO III: DISPOSICIONES SOBRE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, TAMIZAJE, DIAGNÓSTICO, SEGUIMIENTO Y CONTROL | 7 |
| ANEXOS | 17 |
| **ANEXO N° 01:** FORMATO DE SOLICITUD DE TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO | 18 |
| **ANEXO N° 02:** EQUIPAMIENTO, MATERIALES E INSUMOS MINIMOS PARA TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO | 19 |
| **ANEXO N° 03:** GUÍA PARA LA TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGÍA DEL CUELLO UTERINO (PAP) | 20 |
| **ANEXO N° 04:** LABORATORIO DE CITOLOGÍA | 23 |
| **ANEXO N° 05:** GUÍA PARA LA TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGÍA DEL CUELLO UTERINO PARA DETECCIÓN MOLECULAR | 25 |
| **ANEXO N° 06:** MODELO DE INFORME DE RESULTADO DE DETECCIÓN MOLECULAR DE VPH | 28 |
| **ANEXO N° 07:** ALGORITMO DE MANEJO DE ACUERDO A RESULTADOS DE CITOLOGÍA CONVENCIONAL | 29 |
| **ANEXO N° 08A:** ALGORITMO DE MANEJO UTILIZANDO VPH COMO TAMIZAJE PRIMARIO | 30 |
| **ANEXO N° 08B:** ALGORITMO DE MANEJO UTILIZANDO CO-TEST | 31 |
| **ANEXO N° 09:** DIAGNÓSTICO, MANEJO Y SEGUIMIENTO DE NIC Y CÁNCER DE CUELLO UTERINO | 32 |
| **ANEXO N° 10:** INFORME COLPOSCÓPICO | 34 |
| **ANEXO N° 11:** CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLPOSCOPÍA Y BIOPSIA | 35 |
| **ANEXO N° 12:** MANEJO PARA CONTROL DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO | 37 |
| **ANEXO N° 13:** INDICADORES | 38 |




Siempre con el pueblo

# CAPÍTULO I
# DISPOSICIONES INICIALES

## ARTÍCULO 1. OBJETO

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

## ARTÍCULO 2. FINALIDAD

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

## ARTÍCULO 3. MARCO NORMATIVO

3.1. Ley N° 26842, Ley General de Salud
3.2. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA y sus modificatorias.
3.3. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 002-99-TR; y sus modificatorias.
3.4. Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 030-2002-PCM y sus modificatorias.
3.5. Ley N° 30421, Ley Marco de Telesalud, Decreto Legislativo N°1490, Decreto Legislativo que fortalece los alcances de la Telesalud y el Reglamento de ambos, aprobado mediante Decreto Supremo N°005-2021-SA.
3.6. Ley N° 31336, Ley Nacional del Cáncer.
3.7. Decreto Supremo N° 009-2012-SA, que aprueba el Plan Nacional de Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento de Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú denominado "Plan Esperanza"..
3.8. Resolución Ministerial N° 229-2016/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Lineamientos de Políticas y Estrategias para la prevención y control de Enfermedades No Transmisibles (ENT) 2016-2020".
3.9. Resolución Ministerial N° 440-2017/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Plan Nacional de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino 2017-2021.
3.10. Resolución Ministerial N° 576-2019/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 085-MINSA/2019/DGIESP "Directiva Sanitaria para la Prevención del Cáncer de Cuello Uterino Mediante la Detección Temprana y tratamiento de Lesiones Pre malignas incluyendo Carcinoma in situ".
3.11. Resolución Ministerial N° 182-2020/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Lineamientos que refuerzan el cuidado integral de salud en el primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID-19.
3.12. Acuerdo de Consejo Directivo Nº 1411-ESSALUD-2016, de fecha 14 de junio del 2016, que aprueba el Plan Maestro al 2021.
3.13. Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº 656-PE-ESSALUD-2014, que aprueba la Nueva Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud – ESSALUD y modificatorias, cuyo Texto Actualizado y concordado fue aprobado con la Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº 767-PE-ESSALUD-2015 y modificatorias.
3.14. Resolución de Gerencia General N° 1211-GG-ESSALUD-2019, que aprueba la Directiva de Gerencia General N° 20-GG-ESSALUD-2019 V.01 "Directiva para la Atención Prioritaria del Paciente con Diagnóstico Oncológico en EsSalud".
3.15. Resolución de Gerencia General N° 1611-GG-ESSALUD-2019, que aprueba el Plan Prevención y Control de Cáncer en EsSalud 2020-2021.
3.16. Resolución de Gerencia General N° 1553-GG-ESSALUD-2020, que aprueba la Directiva de Gerencia General N° 21-GCPP-ESSALUD-2020 "Normas para la formulación,

evaluación, aprobación y actualización de documentos normativos y documentos técnico-orientadores en ESSALUD".

3.17. Resolución de Gerencia General N° 1360-GG-ESSLUD-2021, que aprueba la Directiva N° 17-GCPS-ESSALUD-2021, "Normas para el Funcionamiento de la UPSS de Anatomía Patológica en el Seguro Social de Salud-ESSALUD"

3.18. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 038-GCPS-ESSALUD-2019, que aprueba el "Manual de Procedimientos Asistenciales en Anatomía Patológica en el Seguro Social de Salud-EsSalud".

## ARTÍCULO 4. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente normativa es de aplicación progresiva en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) propias, de terceros o bajo modalidad de Asociación Público-Privada (APP) según los términos y condiciones establecidos previamente, así como la Oferta Flexible Institucional.

## ARTÍCULO 5. DEFINICIONES

**5.1. AGC:** Nomenclatura citológica de Bethesda que equivale a células atípicas glandulares de significado indeterminado.

**5.2. ASC:** Nomenclatura citológica de Bethesda que equivale a células escamosas atípicas.

**5.3. ASC-H:** Nomenclatura citológica de Bethesda que equivale a células atípicas escamosas de significado indeterminado que no excluyen lesión de alto grado.

**5.4. ASC-US:** Nomenclatura citológica de Bethesda que equivale a células atípicas escamosas de significado indeterminado.

**5.5. Cáncer de Cuello Uterino:** El término designa la proliferación maligna, autónoma y desregulada de células del epitelio del cuello uterino.

**5.6. Carcinoma In Situ:** Estadío de lesión pre maligna que afecta todo el espesor de la capa de revestimiento o epitelio del cuello uterino, pero no penetra en la membrana basal.

**5.7. Caso probable:** Paciente con resultado de citología anormal y Test de identificación de ADN para VPH positivo.

**5.8. Citología anormal (PAP positivo):** Resultado del estudio citológico informa infección por VPH, ASC-US, ASC-H, AGC, LIE BG, LIE AG o carcinoma.

**5.9. Citología Convencional o Papanicolaou (PAP):** Método de estudio citológico utilizado para detectar alteraciones celulares relacionadas con lesiones pre malignas y malignas.

**5.10. Citología en base líquida (coloración de Papanicolaou):** Método automatizado de estudio citológico utilizado para detectar alteraciones celulares relacionadas con lesiones pre malignas y malignas. Se toma la muestra del cuello uterino con un citocepillo especial y se coloca en un vial con un líquido fijador especial, esto luego se va a centrifugar y se hace un extendido muy pequeño.

**5.11. Citología Negativa:** Citología negativo para lesiones intra epiteliales de cuello uterino.

**5.12. Colposcopía:** Examen de la vagina y del cuello uterino utilizando un instrumento endoscópico de aumento, el colposcopio, que permite la observación directa y el estudio de los tejidos del cuello uterino, vagina, después de la aplicación de solución de ácido

acético al 5%. Puede ser colposcopia básica, donde solo se observa y describe los hallazgos colposcópicos sin ningún procedimiento de biopsia o tratamiento.

**5.13. Co-Test:** Método de tamizaje que incluye la prueba de detección molecular de VPH en combinación con citología de base líquida o PAP convencional.

**5.14. Confirmación diagnóstica:** La paciente detectada o con sospecha clínica de Cáncer Cuello uterino con evaluación y procedimientos diagnósticos positivos (biopsia dirigida por colposcopía).

**5.15. Cono Frío:** Procedimiento quirúrgico excisional para extraer una muestra de tejido del cuello uterino en forma de cono para efectuar el análisis histopatológico, se realiza con bisturí. Puede ser diagnostico o terapéutico.

**5.16. Cono LEEP:** Procedimiento quirúrgico excisional para extraer una muestra de tejido del cuello uterino en forma de cono para efectuar el análisis histopatológico. Se realiza con asa LEEP. Puede ser diagnostico o terapéutico.

**5.17. Diagnóstico final:** Es el acto médico mediante el cual se interpreta y establece el resultado final de la prueba diagnóstica.

**5.18. Displasia:** Lesión con pérdida de la estructura del epitelio con alteraciones en la morfología de sus componentes celulares que no penetra la membrana basal. Término utilizado según la clasificación histológica descriptiva recomendada por la OMS, para las lesiones precursoras del cáncer cuello uterino. Incluye la displasia leve, displasia moderada y la displasia severa. Otros términos son neoplasia intra epitelial cervical (NIC) o lesión intra epitelial escamosa (LIE).

**5.19. Diagnóstico final:** Es el acto médico de anatomía patológica que interpreta el resultado final de un procedimiento y/o prueba molecular, inmunohistoquímico, citológica y/o histopatológica.

**5.20. LIE:** Nomenclatura citológica de Bethesda que equivale a lesión intra epitelial escamosa.

**5.21. LIE Alto Grado:** Nomenclatura citológica de Bethesda que equivale a lesión escamosa intra epitelial de alto grado incluye a la displasia moderada y severa (NIC II, NIC III) y carcinoma in situ.

**5.22. LIE Bajo Grado:** Nomenclatura citológica de Bethesda que equivale a lesión escamosa intra epitelial de bajo grado incluye la infección por VPH, displasia leve o NIC I.

**5.23. Metodología PCR (Reacción en cadena de Polimerasa):** Técnica sensible y útil para generar muchas copias de secuencias específicas de ADN de Virus de Papiloma Humano (VPH).

**5.24. Muestra no satisfactoria:** Muestra inadecuada para la detección de anormalidades epiteliales cervicales. Cuando una muestra se considera no satisfactoria, la razón debe ser incluida en el diagnóstico final, por ejemplo, celularidad baja, inflamación, muestra rechazada debido a que se recibió sin identificar o la laminilla estaba rota.

**5.25. Muestra satisfactoria:** Muestra apropiada, con número adecuado de células epiteliales de la zona de transformación y de la unión escamo columnar bien conservadas.

**5.26. NIC:** Afectación del espesor del epitelio puede ser NIC1 si afecta 1/3 inferior, NIC2 si afecta

2/3 y NIC 3 si afecta todo el espesor epitelial.

**5.27. Prueba molecular de VPH:** Prueba para la detección y tipificación de VPH.

**5.28. Tamizaje primario:** Tamizaje primario de cáncer de cuello uterino que puede realizarse mediante la detección molecular de VPH, Papanicolaou o Co-Test.

**5.29. Test de Identificación de ADN para VPH:** Las pruebas para la detección del VPH analizan la presencia de secuencias de ADN viral. Mediante PCR (reacción en cadena de polimerasa) permite identificar el tipo específico de VPH.

**5.30. Vial:** Frasco contenedor de la muestra y del medio líquido preservante.

**5.31. VPH:** Virus del Papiloma humano, agente relacionado a la presencia de cáncer de cuello uterino.

**5.32. VPH de alto riesgo oncogénico:** VPH 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68 y otros genotipos etiológicamente asociados con cáncer del cuello uterino y lesiones precancerosas.

**5.33. VPH de bajo riesgo oncogénico:** VPH 6, 11, 40, 42, 43, 44, 53, 54, 61, 72, 73, 81 y otros genotipos, con bajo riesgo de desarrollar cáncer del cuello uterino y lesiones precancerosas.

### ARTÍCULO 6. GLOSARIO

| | | |
|---|---|---|
| 6.1. | ADN | Acido desoxirribonucleico |
| 6.2. | ARO | Alto Riesgo Oncogénico |
| 6.3. | ASCCP | Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical |
| 6.4. | ASCUS | Células escamosas atípicas de Significado indeterminadas |
| 6.5. | LIE AG | Lesión Escamosa intraepitelial de alto grado |
| 6.6. | LIE BG | Lesión Intraepitelial escamosa de bajo grado |
| 6.7. | PAP | Prueba de Papanicolaou |
| 6.8. | PCR | Reacción en cadena de la polimerasa |
| 6.9. | VPH | Virus del papiloma humano. |

## CAPÍTULO II
## ÓRGANOS RESPONSABLES

### ARTÍCULO 7. GERENTE CENTRAL DE OPERACIONES

La Gerencia Central de Operaciones de ESSALUD, a través de la Gerencia de Operaciones Territoriales, es responsable de conducir y supervisar el proceso de implementación para la prevención y detección temprana de cáncer de cuello uterino.

Asimismo, es responsable de recopilar, evaluar y proporcionar información relacionada a la capacidad operativa de las IPRESS y desempeño de los Órganos Desconcentrados.

### ARTÍCULO 8. GERENTE CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD

La Gerencia Central de Prestaciones de Salud de ESSALUD, con el soporte técnico de las unidades de organización que GCPS considere pertinentes, es responsable del monitoreo y control trimestral de las prestaciones asistenciales brindadas a los pacientes asegurados para la detección temprana de cáncer de cuello uterino.

La Gerencia Central de Prestaciones de Salud es responsable de brindar asistencia técnica a las

IPRESS para la aplicación de la Directiva, así como monitorear y evaluar su cumplimiento para la detección temprana de cáncer de cuello uterino.

**ARTÍCULO 9. GERENTE DE RED PRESTACIONAL Y GERENTE/DIRECTOR DE RED ASISTENCIAL**

Es responsable de gestionar y planificar los recursos, equipos e insumos necesarios de acuerdo a las normas vigentes.

Del mismo modo, es responsable de la organización y mejora continua de los procesos de atención para la implementación de la presente directiva, considerando la optimización de recursos, la capacidad resolutiva y la Oferta Flexible.

**ARTÍCULO 10. DIRECTOR DE IPRESS**

Es responsable de garantizar la implementación y cumplimiento de las prestaciones asistenciales para la detección temprana de cáncer de cuello uterino en ESSALUD.

Del mismo modo, monitoriza los procesos de atención, información estadística y supervisa los equipos responsables de la prevención, detección precoz y manejo de lesiones pre malignas de cáncer de cuello uterino, estableciendo las acciones y estrategias para mejorar la oportunidad y calidad de la atención; así como la continuidad y seguimiento de casos altamente sospechosos de cáncer.

## CAPÍTULO III
## DISPOSICIONES SOBRE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, TAMIZAJE, DIAGNÓSTICO, SEGUIMIENTO Y CONTROL

**ARTÍCULO 11. DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD**

11.1. El Gerente de Red Prestacional o el Gerente/Director de Red Asistencial y el Gerente/Director de la IPRESS, según corresponda, coordinan y gestionan la programación de intervenciones en entidades empleadoras públicas y privadas a nivel local para el desarrollo de acciones conjuntas que fomenten estilos de vida saludables y la prevención del cáncer de cuello uterino con el apoyo de Oferta Flexible, teniendo en cuenta el contexto sociocultural y condiciones ambientales.

11.2. La acción de Información, Educación y Comunicación en Salud se realiza a través de actividades intra y extramurales, según los recursos locales, características sociales, demográficas y culturales, de acuerdo a las normas establecidas para ello.

11.3. El Gerente de Red Prestacional o el Gerente/Director de Red Asistencial planifica y gestionan la dotación de material educativo (físico, audiovisual, entre otros) con mensajes educativos sobre identificación de factores de riesgo y factores protectores para evitar el desarrollo de cáncer de cuello uterino, que cuenten con aprobación de la Oficina de Relaciones Institucionales y este acorde a su normativa.

**ARTÍCULO 12. DE LA PREVENCIÓN PRIMARIA**

12.1. El personal de salud identifica y brinda orientación sobre factores de riesgo, la importancia de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) y los métodos de tamizaje disponibles.

12.2. El Gerente de Red Prestacional y Gerente/Director de Red Asistencial en coordinación con la autoridad sanitaria local del Ministerio de Salud, gestiona el abastecimiento, seguimiento y vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH).

Se coordina y realiza de acuerdo al Esquema Nacional de Vacunación vigente, brindando la información necesaria al usuario, además de su registro en la Historia Clínica.

## ARTÍCULO 13. DE LA PREVENCIÓN SECUNDARIA

13.1. El tamizaje de cáncer de cuello uterino se realiza en pacientes de 25 a menores de 65 años.
Se usa el formato de solicitud correspondiente (Anexo N° 01)

13.2. Las pacientes aseguradas que requieren ser atendidas teniendo en cuenta la existencia de factores de riesgo para el desarrollo de lesiones premalignas y carcinoma in situ de cuello uterino son:

- Ausencia de tamizaje o tamizaje inadecuado
- Tener múltiples parejas sexuales
- Uso de anticonceptivos orales combinado por 5 años o más
- Infección por virus de papiloma humano, coinfeccion por Chlamydia y/o Herpes simple 2.
- Inicio precoz de relaciones sexuales, antes de los 18 años.
- Tener una pareja sexual que ha tenido o tiene muchas parejas sexuales.
- No uso de preservativo (condón)
- Antecedentes y/o infecciones de transmisión sexual.
- Multiparidad (cuatro o más gestaciones)
- Tabaquismo (fumadora activa o pasiva)
- Inmunodeficiencia.

13.3. Los procedimientos de tamizaje son:
- Para detección de lesión o sospecha de lesión en el cuello uterino: Papanicolaou (PAP)
- Para la detección de la infección por el Virus de Papiloma Humano (VPH): Prueba molecular de Virus de Papiloma Humano

Se realiza de acuerdo a la edad y disponibilidad del método:

| Procedimiento | Población Objetivo | Consideraciones en casos de coexistencia |
|---|---|---|
| PM-VPH/ PM-VPH y Co-test | Mujer de 30 a 49 años | La implementación de la detección molecular de VPH es progresiva. |
| PAP | Mujer de 25 a menores de 65 años. Mujer viviendo con VIH. | |

Las mujeres de 50 a menores de 65 años, se realiza el tamizaje con citología convencional.

13.4. En la gestante el tamizaje se realiza durante el primer trimestre o primera consulta, en caso no cuente con resultado citológico en el último año.
La detección molecular de VPH no se debe realizar en gestantes del segundo y tercer trimestre, para evitar el riesgo de rotura prematura de membrana.

13.5. Las Redes Prestacionales/Asistenciales que al momento no hayan implementado la detección molecular de VPH, continúan realizando el tamizaje mediante citología convencional.

13.6. La paciente con sospecha clínica de cáncer de cuello uterino con lesión macroscópica es referida por el profesional de salud responsable de la atención a la IPRESS con capacidad resolutiva en un plazo máximo de 72 horas. En este caso, no procede realizar el tamizaje (Citología, ni test de identificación de ADN para VPH).

13.7. Las pacientes con resultado positivo se controlan en el servicio de ginecología o ginecología oncológica, según corresponda para manejo oportuno.

## ARTÍCULO 14. TAMIZAJE CON PAPANICOLAOU

14.1. La captación de mujeres con factores de riesgo para desarrollar cáncer de cuello uterino se realiza a nivel intramural y extramural, evitando la duplicidad de toma de muestra mediante la verificación en el sistema informático.

14.2. La toma de muestra de citología cervical (PAP) se realiza con el procedimiento adecuado según la técnica recomendada en la IPRESS con población asignada, con el equipamiento e insumos necesarios. (Anexos N° 02 y 03)

14.3. Las aseguradas con resultado de PAP negativo, se realiza un seguimiento cada 02 años.

14.4. Las aseguradas con resultado de ASC-US y LIE-BG se realiza el seguimiento anual por tres años.

14.5. Las pacientes con tamizaje positivo de lesiones glandulares (AGC), ASC-H, LIE-AG y carcinoma pasan a colposcopía.

## ARTÍCULO 15. TAMIZAJE CON DETECCIÓN MOLECULAR DE VPH

15.1. La Detección Molecular de VPH (muestra obtenida por personal de salud) se indica sólo a pacientes de 30 a 49 años según a técnica para realizar el procedimiento.

15.2. Se continúa con el desarrollo de citología convencional en las IPRESS que aún no implementen la detección molecular de VPH, así como en otros grupos etarios.

15.3. La implementación para la detección molecular de VPH, se encuentra en el marco del modelo estructural de las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (UPSS) de Anatomía Patológica.

15.4. El procesamiento de la muestra de detección molecular de VPH se centraliza en el laboratorio de Anatomía Patológica seleccionado por la Red Prestacional / Asistencial (IPRESS con mayor capacidad resolutiva).

Asimismo, los Hospitales Nacionales deben incluir el procesamiento de muestras de detección molecular de VPH.

15.5. El procesamiento de las muestras corresponde a las IPRESS del Tercer Nivel de Atención o IPRESS con capacidad resolutiva, la cual debe acondicionar lo necesario para realizar la detección molecular de VPH en el Área/Servicio de Citología, que corresponde a la UPSS de Anatomía Patológica, de acuerdo a la normatividad vigente. (Anexo N° 04)

15.6. Las condiciones de muestra para el tamizaje mediante detección molecular de VPH son las siguientes:

15.6.1. El primer paso del proceso de diagnóstico molecular es la adecuada coordinación para la recepción de la muestra; y se realiza entre las IPRESS y la Red Prestacional/Asistencial.

15.6.2. Respecto a la manipulación de la muestra:

**a.** Para coordinar la organización de la manipulación de muestras es necesario que cada laboratorio de citología/citopatología elabore el manual de servicio usuario[1], que contiene lo siguiente:

- Toma de muestras
- Rotulado de muestras.
- Documento estandarizado de solicitud-informe del estudio molecular para la detección y tipificación de ADN para VPH.
- El procedimiento de trasporte de unidades muestra-solicitud desde las IPRESS de origen hacia el Laboratorio de Citología/Citopatología.
- Los criterios de aceptación y rechazo de muestra-solicitud en el Laboratorio de Citología/Citopatología.
- Tiempo de entrega y calendario de envío de muestras desde las IPRESS.
- Información sobre las limitaciones del estudio.
- Contactos de Laboratorio de Citología/Citopatología (correos, teléfonos y dirección) para las coordinaciones.
- El Laboratorio de Citología/Citopatología cuenta con normas, instructivos y formularios.

15.6.3. El Jefe del Área o Servicio de Citología/Citopatología/Anatomía Patológica o quien haga sus veces, elabora y difunde el Manual del Servicio Usuario en las IPRESS correspondientes, la estandarización lograda a través de éstos documentos, permite que el laboratorio reciba muestras de buena calidad y cuente con la información necesaria para el reporte.

**15.7.** En la obtención de la muestra para detección y tipificación molecular de VPH se toma en cuenta lo siguiente:

Para efectuar la prueba molecular es importante obtener una muestra del cuello uterino que sea adecuada, cuantitativa y cualitativamente, según el Anexo N° 05.

El profesional de salud responsable de la toma de muestra, capacitado y con competencia anota adecuadamente el formato de solicitud de tamizaje de cáncer de cuello uterino (Anexo N° 01), con la información requerida

**a. Campo de aplicación**

Comprende la obtención de muestras del endocérvix/zona de transformación y del exocérvix de las pacientes que no han recibido ninguna medicación intravaginal antes del procedimiento.

**b. Obtención de la muestra**

La obtención de muestra procede de acuerdo al Anexo N° 05.

**c. El Director de la IPRESS o profesional asignado es responsable del proceso adecuado de conservación, embalaje, transporte y remisión de muestras, el cual debe cumplir con:**

c.1. Elegir un medio de transporte rápido, económico, seguro y confiable a los frascos contenedores de la muestra. Asimismo, las muestras deben estar herméticamente cerradas, embaladas en cajas transportadoras con tapa y acompañados de las solicitudes de examen respectiva.

c.2. Enviar las muestras en un tiempo menor a 10 días a temperatura ambiente

1 **Servicio usuario**: Es el servicio asistencial que solicita el examen citológico al laboratorio de citología y es el responsable de la toma de muestra de ADN para VPH.

d. **El personal de Laboratorio de Citología (técnico/tecnólogo médico/biólogo) recibe y verifica las muestras (cantidad, condiciones y llenado de solicitudes).**

d.1. La cantidad de muestras y solicitudes es concordante a las cartas emitidas por las IPRESS.
d.2. El registro de recepción diaria de fecha de recepción de las muestras, contiene el nombre de las IPRESS, número de carta, nombre del personal responsable que trae las muestras y la cantidad de muestras y solicitudes recibidas.

e. **Condiciones para envío y recepción de muestra**

- Solicitud con datos completos (identificación de la paciente, datos clínicos, firma del médico).
- Recipiente contenedor de la muestra rotulado con datos de la paciente.

f. **Motivos de rechazo de muestra**

Los motivos de rechazo de muestra son:

- Solicitud de datos sin identificación.
- Discordancia entre los datos de identificación de la solicitud y la muestra, o con datos clínicos incompletos.
- Frasco vacío o con contenido menor a 1 ml.
- Frasco sin rótulo de identificación.

Gerencia de Política y Normas de Atención Integral de Salud - GPNAIS V°B° Dra. M. ARAUJO Z. Gerente (e) ESSALUD

15.8. **Estudio molecular de VPH.**

a. Las indicaciones son:
- Tamizaje para detección y genotipificación de VPH en pacientes de 30 a 49 años, que no han sido sometidas a dicha prueba en los últimos 5 años.
- Principalmente pacientes que no hayan sido sometidas a ninguna prueba de tamizaje para cáncer de cuello uterino de 30 a 49 años.

Gerencia Central de Prestaciones de Salud V°B° ESSALUD

b. Metodología PCR

Procesos:

- Extracción de ADN.
- Amplificación.
- Método post amplificación dependiendo de las indicaciones del equipo.

c. **Fase pre-analítica, analítica, informe y post-analítica**

***C.1. Fase pre-analítica***

- Recepción de las solicitudes y muestras
- Adjudicación de un número de identificación a las muestras.
- Registro de los datos en el sistema informático vigente.

***C.2. Fase analítica***

Procedimiento:
- Extracción del ADN.
- Amplificación del ADN.

- Detección y tipificación post amplificación dependiendo de las indicaciones del equipo.
- Interpretación del resultado.

***C.3. Informe***

Se informa la detección y tipificación de VPH de alto riesgo y/o de bajo riesgo oncogénico.

En el caso de Co-test el resultado es emitido conjuntamente con el informe de citología cervical en base líquida de la misma muestra. (Anexo N° 06).

***C.4 Fase post-analítica***

- Se realiza el registro del informe en el sistema informático vigente, su distribución y posterior archivo.

El estudio molecular puede desarrollarse mediante detección molecular de VPH sólo o en conjunto con Citología de Base Líquida (Co-Test).

## 15.9. CITOLOGÍA EN BASE LÍQUIDA

Una vez extraído el ADN para VPH, las muestras pasarán a procesamiento de citología en base líquida.

**a. Procesamiento de muestra de citología en base líquida**

Puede ser efectuada de manera

- Automatizada / Semiautomatizada
- Manual: Se usa en casos que no se pueda contar con el sistema Automatizada / Semiautomatizada y cuando se procese pocas muestras para seguimiento.

En ambos casos implica:

- Concentración de la muestra
- Preparación de la lámina
- Coloración (seguir el procedimiento indicado en la sección para la coloración de Papanicolaou)

**b. Procesamiento automatizado/semiautomatizado**

De acuerdo con las especificaciones del equipo a usar.

Se realizará una adecuada eliminación de residuos de acuerdo a la normatividad vigente.[2]

**c. Citología de base líquida manual:**

El personal asignado en el laboratorio de anatomía patológica es responsable de realizar el procedimiento adecuado.

## 15.10. DIAGNÓSTICO FINAL

a. El médico es responsable de recibir la prueba molecular procesada, verificar los datos y validar el resultado de la prueba molecular.

b. **En caso de ser prueba con Co-Test, el médico es responsable de:**

2 Resolución Ministerial N° 945-2018/MINSA

- Observar mediante el microscopio las características celulares de la lámina de citología en base líquida.
- Formular el diagnóstico según el Sistema de Bethesda vigente.
- Entregar la solicitud al personal designado para la transcripción.
- Elaborar el resultado de Co-Test.
- Revisar, validar, firmar y sellar el resultado transcrito.

**ARTÍCULO 16. DEL CONTROL Y SEGUIMIENTO**

16.1. El Jefe de Servicio del área de citología o de anatomía patológica de la IPRESS que procesa y/o realiza el estudio de muestras, es responsable de la entrega de los resultados de a la IPRESS de destino, en un plazo de 10 días calendario de recibida la muestra.

16.2. El tiempo de entrega de la muestra desde la toma de la prueba molecular en la IPRESS de origen hasta la recepción en las IPRESS designada para el estudio, es menor a 10 días.

16.3. El tiempo de entrega de resultados en las IPRESS es menor a 30 días, contados a partir de la recepción de la muestra en el Laboratorio de Citología.

16.4. El resultado de citología anormal: LIE AG, ASC-H, AGC y Carcinoma, o alto riesgo oncogénico es informado por el Jefe del Servicio del área de citología o de anatomía patológica a la Unidad de Referencia y Contrarreferencia, o quien haga sus veces de la IPRESS que procesa las láminas, en un plazo no mayor a 72 horas, con la finalidad que se genere la referencia administrativa y la cita respectiva.

16.5. La cita otorgada mediante la referencia administrativa a pacientes con citología anormal: LIE AG, ASC-H, AGC para realizar los estudios de diagnóstico (colposcopía y biopsia dirigida) debe ser en un plazo no mayor de 15 días calendario. La generación de cita se comunica a la IPRESS de destino, a fin de realizar el seguimiento para que la paciente acuda a su cita.

16.6. Las colposcopías pueden realizarse a través de telemedicina, a cargo de médicos especialistas capacitados en colposcopía.

16.7. El seguimiento de casos con resultado negativo, según técnica de citología utilizada, es realizada por la IPRESS responsable de la toma de muestra.

16.8. En caso de muestra no satisfactoria se cita a la paciente para nueva toma de muestra en un plazo máximo de 30 días calendario, en la IPRESS donde se tomó la muestra.

16.9. En caso de muestra no satisfactoria, el personal de la IPRESS donde se tomó la muestra cita a la paciente para nueva toma de muestra en un plazo máximo de 30 días calendario.

16.10. **Resultados de la Citología convencional/citología de base líquida (Anexo N° 07)**

a. Las aseguradas con resultado de PAP negativo, se realiza un seguimiento cada 02 años.

b. Las aseguradas con resultado de ASC-US y LIE-BG se realiza el seguimiento anual por tres años.

c. Las pacientes con tamizaje positivo de lesiones glandulares (AGC), ASC-H, LIE – AG y carcinoma pasan a colposcopía.

**16.11. Resultados del Test de Identificación de ADN para VPH**

a. El resultado del test es positivo a VPH de alto riesgo (16, 18 y/o otros de alto riesgo) requiere del estudio de Citología de Base Líquida y se refiere a la paciente a la IPRESS con capacidad resolutiva.

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

c. Las pacientes con detección molecular y resultado Co-Test negativo, debe limitarse el acceso la repetición del examen en el sistema informático en un período de 05 años. Excepto en los casos que se realicen el seguimiento en Hospitales Nacionales.

**ARTÍCULO 17. DEL PROCESO DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LESIONES PREMALIGNAS**

17.1. La confirmación diagnóstica de la lesión pre maligna de cuello uterino se realiza en el segundo nivel de atención o la IPRESS con capacidad resolutiva. El procedimiento necesario se realiza previo consentimiento informado.

17.2. La paciente con resultado citología anormal (PAP positivo) y Test de identificación de ADN para VPH positivo de acuerdo al grado de la lesión, debe ser atendida en la IPRESS con capacidad resolutiva para realizar el diagnóstico y tratamiento de las lesiones premalignas de cuello uterino (colposcopía y biopsia dirigida).

17.3. Las pacientes con resultados de alto riesgo oncogénico pasan a colposcopía y las pacientes con resultado de bajo riesgo oncogénico pasan a control mediante la repetición de la prueba con citología de base líquida (Co-Test) en un año.

17.4. El seguimiento de las pacientes con resultado de detección molecular de VPH positivo es de acuerdo al Anexo N° 08A y 08B.

17.5. En la IPRESS de Complejidad Creciente o Centros Médicos Especializados, se realiza la colposcopia básica a todas las pacientes con citología anormal (PAP positivo) y Test de identificación de ADN para VPH positivo, antes de referir a la paciente a la IPRESS con capacidad resolutiva.

17.6. La paciente con resultado de la biopsia de cuello uterino para Neoplasia Intraepitelial de Cuello uterino (NIC) negativo, se controla cada 06 meses mediante 02 controles citocolposcópicos con el ginecólogo. El control negativo continúa con el tamizaje de rutina en la IPRESS del primer nivel de atención.

17.7. El seguimiento de las pacientes con resultado positivo se asegura a través del sistema informático.

**ARTÍCULO 18. DEL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LESIONES PREMALIGNAS** (Anexo N° 09)

18.1. La paciente con resultado de biopsia de cuello uterino NIC 1, se controla con evaluación citocolposcópica, cada año durante 02 años, en caso de persistencia al año o factores de riesgo se indica tratamiento con ablación o Cono LEEP, realizada por el médico especialista capacitado.

18.2. El seguimiento y control post tratamiento de paciente con NIC 1 (Displasia Leve), es durante 03 años, con evaluaciones anuales tanto con citología y colposcopía. (Anexo N 10 y 11)

18.3. El tratamiento con Cono LEEP se indica cuando el resultado persiste, recurre NIC 1 o progresa a lesión mayor.

18.4. La paciente con el resultado NIC 2, en adolescentes y casos seleccionados (nulíparas, paridad insatisfecha u otras) se controla durante 02 años con evaluación citocolposcópica cada 06 meses o se indica manejo con ablación o Cono LEEP.

18.5. El seguimiento y control post tratamiento de paciente con resultado NIC 2, se realiza por 05 años, con evaluaciones semestrales por 02 años y luego anuales con citología, identificación de ADN para VPH y colposcopía.

18.6. La paciente con el resultado NIC 2 que persiste o recurre al año o progresa a lesión mayor, se indica Cono LEEP, Cono frío o Histerectomía ampliada a vagina. Si el resultado es negativo para NIC, se realiza tamizaje de rutina en el IPRESS de origen del primer nivel de atención.

18.7. La paciente con resultado NIC 3 o Carcinoma in situ se controla durante un año con evaluación citocolposcópica cada 06 meses en adolescentes y casos seleccionados, o se indica Cono LEEP o Cono Frío. El seguimiento y control de NIC 3 es por 05 años.

18.8. El seguimiento y control post tratamiento de NIC 3 (Displasia Severa) o Carcinoma in situ se realiza por 5 años, con evaluaciones semestrales durante 02 años y luego anuales con citología, identificación de ADN para VPH y colposcopía.

18.9. Cuando persiste o recurre NIC 3 o progresa a lesión mayor, está indicado realizar Cono frío o Histerectomía ampliada a vagina. De ser negativo para NIC se realiza el tamizaje de rutina en la IPRESS de origen.

18.10. Las imágenes obtenidas por colposcopia y tele colposcopía se preservan en un archivo Digital de Imágenes, de manera permanente, por los medios que cuente o estime pertinente la IPRESS.

**ARTÍCULO 19. DE LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

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

19.2. El caso con evidencia de lesiones sospechosas de alto grado (LIEAG) o cáncer de cuello uterino, detectados mediante colposcopia básica se refiere al IPRESS con capacidad resolutiva para el manejo correspondiente.

19.3. El caso probable con sospecha clínica de cáncer de cuello uterino (CIE C53), asociado o no a citología anormal, identificación de ADN para VPH positivo, citología LIE de alto grado, carcinoma in situ (D06), Displasia Moderada y Severa (N87.1; N87. 2), ASCH y AGC y los casos de persistencia durante 18 meses de ASCUS, LIE BG, detectados en la IPRESS del primer nivel de atención deben ser referidos al especialista en el nivel con capacidad resolutiva para colposcopía.

19.4. El resultado de la biopsia negativa, se controla dos veces durante un año y luego la paciente es contrarreferida a su IPRESS de origen para continuar con el tamizaje de rutina.

19.5. El manejo y seguimiento de la paciente con resultado de biopsia positiva para NIC 1, 2 y 3 se realiza en las Unidades de Patología Cervical y Colposcopía en el segundo nivel con el especialista. En caso no cuenten con estas unidades, son referidas al tercer nivel. (Anexo N° 12)

19.6. La contrarreferencia al primer nivel se debe realizar de acuerdo a la evaluación médica después de 03 a 05 años de seguimiento y con controles negativos para lesiones pre malignas de cuello uterino.

19.7. La contrarreferencia al segundo nivel de acuerdo al criterio médico, considerando controles negativos para lesiones pre malignas y malignas de cuello uterino.

19.8. La IPRESS de destino informa a la IPRESS de origen si la paciente con Citología anormal, test de identificación de ADN para VPH positivo o sospecha clínica de cáncer; no acudió a la cita, para su ubicación, notificación y seguimiento.

## ARTÍCULO 20. ARCHIVO DOCUMENTARIO

### 20.1. ARCHIVO DE MUESTRAS DE CITOLOGÍA CONVENCIONAL Y CITOLOGÍA DE BASE LÍQUIDA

#### 20.1.1. Muestras negativas

Las láminas negativas de citología cervicovaginal en base líquida, se archivan por un período mínimo de 03 años en archivadores de láminas ubicadas en el ambiente destinado para archivo del área de citología.

V°B° Gerencia de Política y Normas de Atención Integral de Salud - GCPS - ESSALUD - Dra. M. ARAUJO Z. Gerente (e)

#### 20.1.2. Muestras positivas

Las láminas positivas de citología cervicovaginal en base líquida se archivan por un período mínimo de 05 años en archivadores de láminas, ubicadas en el ambiente destinado para archivo del área de citología.

#### 20.1.3. Resultados de muestras de VPH analizadas

Los resultados de las pruebas de VPH analizadas, independientemente de la metodología utilizada, se archivan de manera digital o física, por un período de 3 años para los casos negativos y 05 años para los casos positivos.

V°B° Gerencia Central de Prestaciones de Salud - ESSALUD

### 20.2. ARCHIVO DE TELECOLPOSCOPÍA Y COLPOSCOPÍA

Se preservan en una Archivo Digital de Imágenes, de manera permanente, por los medios que cuente o estime pertinente la IPRESS.

### 20.3. ARCHIVO DE INFORMES

Los informes son archivados en las historias clínicas electrónicas a través del Sistema Informático vigente de EsSalud, de manera permanente.

## ARTÍCULO 21. MECANISMOS DE CONTROL

El Director de la IPRESS, utiliza mecanismos de control y supervisión para el cumplimiento de la implementación del procesamiento de muestras de detección molecular de VPH, mediante los siguientes criterios:

21.1. Horas programadas y producción de muestras procesadas.
21.2. Registros en el sistema informático.
21.3. Evaluación de flujo establecido en la Red y algoritmo de manejo utilizado Co-Test
21.4. Evaluación de indicadores en el sistema informático.

## ÉSTANDARES DE RENDIMIENTO[3]

3 Manual de Procedimientos Asistenciales de Anatomía Patológica", aprobado con Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N 038-GCPS-ESSALUD-2019.

| Nombre del procedimiento Asistencial | Profesional responsable del Procedimiento | Número de recurso humano que interviene en el procedimiento | Tiempo del procedimiento |
|---|---|---|---|
| PCR | Médico Anatomopatólogo | 1 | 10min/caso. |
| Proceso Técnico en PCR | Biólogo/Tecnólogo en PCR | 1 | 180 – 240 min (*) |

(*) El tiempo asignado es para el procedimiento del conjunto de muestras según la población asignada y número de muestras realizadas (mínimo 60 muestras).

**ARTICULO 22. EVALUACIÓN DE INDICADORES (Anexo N° 13)**

22.1. La evaluación de las Redes Prestacionales/ Asistenciales es trimestral, semestral y anual. La Gerencia Central de Operaciones realiza la evaluación de la presente normativa en el marco de sus funciones, teniendo en cuenta los indicadores y las metas establecidas para cada Red Prestacional y Asistencial.

22.2. El Gerente de Red Prestacional y Gerente/Director de Red Asistencial informa los resultados de los indicadores a la Gerencia Central de Operaciones, considerando el avance de metas y resultados esperados, presentando los procesos de mejora y medidas correctivas correspondientes para alcanzar los objetivos propuestos.

## ANEXOS

**Anexo N° 01:** FORMATO DE SOLICITUD DE TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO
**Anexo N° 02:** EQUIPAMIENTO, MATERIALES E INSUMOS MINIMOS PARA TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO
**Anexo N° 03:** GUÍA PARA LA TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGÍA DEL CUELLO UTERINO (PAP)
**Anexo N° 04:** LABORATORIO DE CITOLOGÍA
**Anexo N° 05:** GUÍA PARA LA TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGÍA DEL CUELLO UTERINO PARA DETECCIÓN MOLECULAR
**Anexo N° 06:** MODELO DE INFORME DE RESULTADO DE DETECCIÓN MOLECULAR DE VPH
**Anexo N° 07:** ALGORITMO DE MANEJO DE ACUERDO A RESULTADOS DE CITOLOGÍA CONVENCIONAL
**Anexo N° 08A:** ALGORITMO DE MANEJO UTILIZANDO VPH COMO TAMIZAJE PRIMARIO
**Anexo N° 08B:** ALGORITMO DE MANEJO UTILIZANDO CO-TEST
**Anexo N° 09:** DIAGNÓSTICO, MANEJO Y SEGUIMIENTO DE NIC Y CÁNCER DE CUELLO UTERINO
**Anexo N° 10:** INFORME COLPOSCÓPICO
**Anexo N° 11:** CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLPOSCOPÍA Y BIOPSIA
**Anexo N° 12:** MANEJO PARA CONTROL DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO
**Anexo N° 13:** INDICADORES

**ANEXO N° 01**

**FORMATO DE SOLICITUD DE TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO**

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

Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud - GPNAIS
V°B°
Dra. M. ARAUJO Z.
Gerente (e)
ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
V°B°
E. MURRUETA L.
ESSALUD



Siempre con el pueblo

## ANEXO N° 2:

### EQUIPAMIENTO, MATERIALES E INSUMOS MINIMOS PARA TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

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

## ANEXO N° 03:

## GUÍA PARA TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGÍA DEL CUELLO UTERINO (PAP)

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

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

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

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

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

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

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

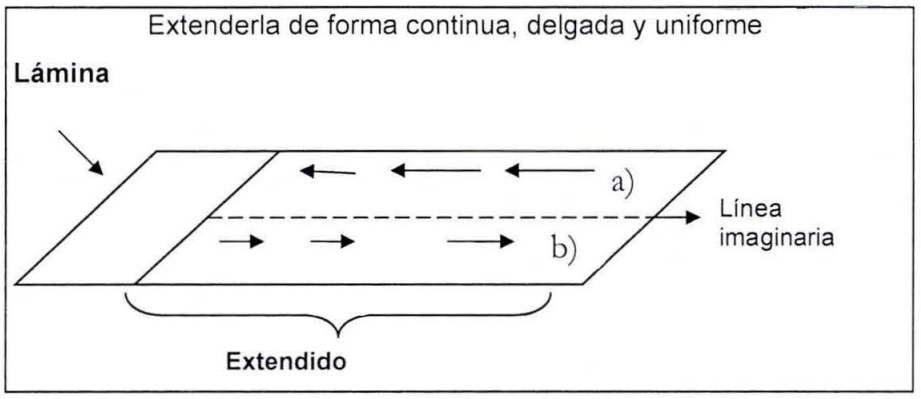
6. **Obtención de la muestra:**

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

7. **Extendido de la muestra:**

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

Extensión de la muestra




Gerencia de Política y Normas de Atención Integral de Salud - GPS - ESSALUD
V°B°
Dra. M. ARAUJO Z.
Gerente (e)

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
V°B°
Gerente Central (e)
ESSALUD

**8. Fijación de la muestra:**

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

**Otras consideraciones:**

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

**9. Errores que deben evitarse:**

Identificación inadecuada de la lámina.

- Uso de lapicero o esparadrapo para la identificación de la lámina.
- Utilización de láminas sucias.
- Exposición de la lámina al ambiente antes de la fijación (>30 segundos).

- Insuficiente tiempo de fijación o uso de alcohol etílico menor de 70°.
- Extendido hemorrágico.
- Extendido grueso con distribución irregular de la muestra.
- Rotación excesiva o incompleta de la espátula sobre la zona de transformación (menos o más de 360°).
- Toma insuficiente de una zona de transformación extensa.

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

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

**11. Lectura e interpretación:**

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

**12. SISTEMA BETHESDA:**

**Anormalidades de Células Epiteliales:**

**A. <u>Células escamosas:</u>**

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

**B. <u>Células glandulares:</u>**

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



Siempre con el pueblo

## ANEXO N° 04[4]

## LABORATORIO DE CITOLOGÍA [5,6]

Los procedimientos se encuentran en el marco de la normatividad vigente.[7]
El procesamiento de las muestras corresponde a las IPRESS del Tercer Nivel de Atención o IPRESS con capacidad resolutiva con Área/Servicio de Citología que corresponde a la UPSS de Anatomía Patológica, las cuales centralizan el procesamiento de muestras de las Redes de referencia.

Cabe precisar que los ambientes, recursos y equipos no son exclusivos para el área de detección molecular de VPH, se puede tener algunos espacios compartidos con el laboratorio de citología.

El laboratorio debe contar con las siguientes características.

A. Ambientes:

- Recepción de muestra
- Procesamiento:
  - Extracción
  - Amplificación
  - Hibridación

  Las actividades en mención pueden acondicionarse por una barrera física.
- Lectura diagnóstica con mobiliario adecuado
- Digitación
- Archivo y almacén

B. Recursos humanos

- Médico especialista en Anatomía Patológica.
- Profesional de la salud del área de laboratorio (médico, tecnólogo médico o biólogo). capacitado en el procesamiento de pruebas moleculares.
- Técnico especializado.
- Técnico no diplomado
- Digitador asistencial.

C. Equipos:

- Microcentrífuga
- Centrífuga
- Vórtex.
- Congeladora de -20°C.
- Equipo automatizado o semiautomatizado para la extracción de ADN.
- Equipo automatizado para hibridación
- Termociclador
- Cámara de flujo laminar
- Cámara de bioseguridad B2
- Equipo automatizado para hibridación
- Otros (Cámara de electroforesis, Equipo de transiluminación con luz ultravioleta)

---

4 Actividades A2.11 y A2.14 del Plan Prevención y Control de Cáncer en EsSalud 2020-2021 aprobado con Resolución de Gerencia General N 611-GG-ESSALUD-2019.
5 OMS. Manual de Bioseguridad en el Laboratorio. 3ra Edic. 2005. Organización Mundial de la Salud.
6 Roy-Chowdhuri S, y cols. Molecular Diagnostics in Cytopathology. Springer Nature Switzerland AG 2019
7 Resolución de Gerencia General N° 1360-GG-ESSALUD-2021

- Equipo automatizado o semiautomatizado para procesamiento de citología de base líquida.

D. Mobiliario:

- Mesas de trabajo (superficie de acero quirúrgico).
- Sillas ergonómicas
- Mesas de lectura
- Anaquel para laboratorio

E. Materiales, insumos y reactivos:

**MATERIALES, INSUMOS Y REACTIVOS**

| | CÓDIGO SAP | DENOMINACION COMPLETA |
|---|---|---|
| 1 | **030103638** | Kit de detección/tipificación de ADN para VPH |
| 2 | 30102646 | Punteras para pipeta automática rango 200-1000 |
| 3 | 30102667 | Punteras para pipeta automática con filtro para detección biomolecular rango de 5 a 200 ul |
| 4 | 30102668 | Punteras para pipeta automática con filtro para detección biomolecular rango de 200-1000 ul |
| 5 | 30103643 | Punteras para pipeta automática con filtro para detección biomolecular rango de 0.5-10 ul |
| 6 | 30103281 | Microtubo de plástico para microcentrífuga con tapa por 2 ml |
| 7 | 30103324 | Microtubo para detección molecular con tapa de 0.2 ml |
| 8 | 30102400 | Pipeta automática graduable rango min entre 1 ul a 10 ul (uno) |
| 9 | 30102416 | Pipeta automática graduable rango min entre 200 ul a 1000 ul (dos) |
| 10 | 30102405 | Pipeta automática graduable rango min entre 10 ul a 40 ul (dos) |

F. Herramientas de gestión de datos:

- Plataforma informática para registro, informe y estadística (ESSI, ANANPAT).

G. Documentos

- Manual de organización y funciones de la UPSS de Anatomía Patológica.
- Manual de procedimientos
- Manual del usuario
- Manual de calidad en el laboratorio.

## ANEXO N° 05

## GUÍA PARA TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGÍA DEL CUELLO UTERINO PARA DETECCIÓN MOLECULAR

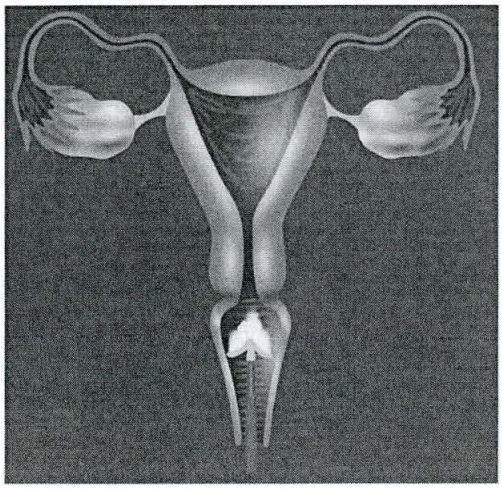
*Preparación*

1. Explicar a la paciente el procedimiento de la prueba de VPH y el significado de un resultado positivo.
2. Realizar un examen mediante el espéculo vaginal con las medidas de bioseguridad correspondientes al procedimiento.

*Obtención de la muestra*

1. Obtener una muestra del orificio del cuello uterino con el cepillo o citobrush, insertar las cerdas centrales de la escobilla del cepillo en el canal endocervical, con una profundidad suficiente para permitir que las cerdas más cortas entren en contacto con el ectocervix. Presionar con cuidado y girar el cepillo en el sentido de las agujas del reloj cinco veces.
2. Colocar el cepillo o el citobrush en el frasco con la solución preservante y lavar el cepillo en dicha solución, presionándolo hasta el fondo del frasco 10 veces, forzando la separación de cerdas. Como paso final, hacer girar con fuerza el cepillo para liberar aún más el material.
3. Enjuagar hasta que se haya desprendido todo el material dentro del frasco con solución preservante y eliminar el cepillo.
4. Cerrar el frasco herméticamente.
5. Rotular las muestras con letra de imprenta el nombre de la paciente, fecha y documento de identidad, el código asignado por la IPRESS de origen y la fecha de toma de muestra.
6. El espéculo se cierra y retira delicadamente.
7. Colocar los instrumentos utilizados en la solución de descontaminación.

**Toma de Muestra de Citología de Base Líquida y de detección de ADN de VPH**



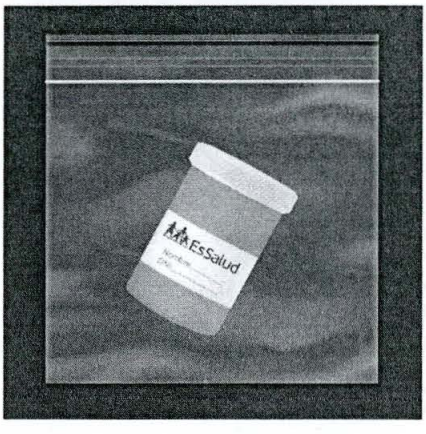
*1. Insertar las cerdas centrales de la escobilla del citocepillo en el canal endocervical, con la profundidad suficiente para permitir que las cerdas más cortas entren en contacto con el ectocérvix. Presionar con cuidado y girar el citocepillo en sentido de las agujas del reloj 5 veces.*




*2. Enjuagar el citocepillo en la solución del vial, presionando el citocepillo hasta el fondo del vial 10 veces, forzando la separación de las cerdas. Como paso final, hacer girar con fuerza el cepillo para liberar aún más material. Desechar el dispositivo de recogida. No dejar la cabeza del cepillo en vial.*




*3. Enroscar el tapón hasta que se cierre herméticamente, verificando que no haya fugas. Anotar el nombre y DNI de la paciente en el vial. No reutilizar el vial.*




*4. Colocar el vial y la orden o solicitud en una bolsa y enviar al laboratorio.*
*El citocepillo no se utiliza en pacientes embarazadas.*

*Después de obtener la muestra*

1. Anote sus observaciones y la toma de la muestra en la historia clínica de la paciente en el sistema informático.
2. Para el envío de la muestra colocar en bolsa con cierre hermético.
3. Almacenamiento y transporte de las muestras de la prueba de VPH *(según las instrucciones incluidas en cada prueba).*

4. Conservación de los frascos de toma de muestra. Conservar a temperatura ambiente (15-30°C).
5. No utilizar después de la fecha de caducidad indicada en la bolsa.

*Conservación y transporte de las muestras*

1. Es importante consultar y seguir las instrucciones para la prueba de VPH escogida.
2. Las muestras se pueden conservar a temperatura ambiente hasta 02 semanas; y posteriormente, se pueden conservar dependiendo de la prueba que se escoja, hasta 01 semana más refrigeradas a 4°C y hasta 3 meses a -20°C.
3. El transporte al laboratorio de análisis NO requiere refrigeración.
4. Las muestras deben estar herméticamente cerrados, rotuladas, con la orden respectiva, y con la seguridad en el transporte a fin de evitar pérdidas y contaminación.
5. Las muestras NO se deben eliminar hasta obtener el resultado final.

**ANEXO N° 06**

**MODELO DE INFORME DE RESULTADO DE DETECCIÓN MOLECULAR DE VPH**

***CO-TEST:***
***DETECCIÓN Y TIPIFICACIÓN MOLECULAR PCR VPH GENOTIPIFICACIÓN***
***CITOLOGÍA DE BASE LÍQUIDA***

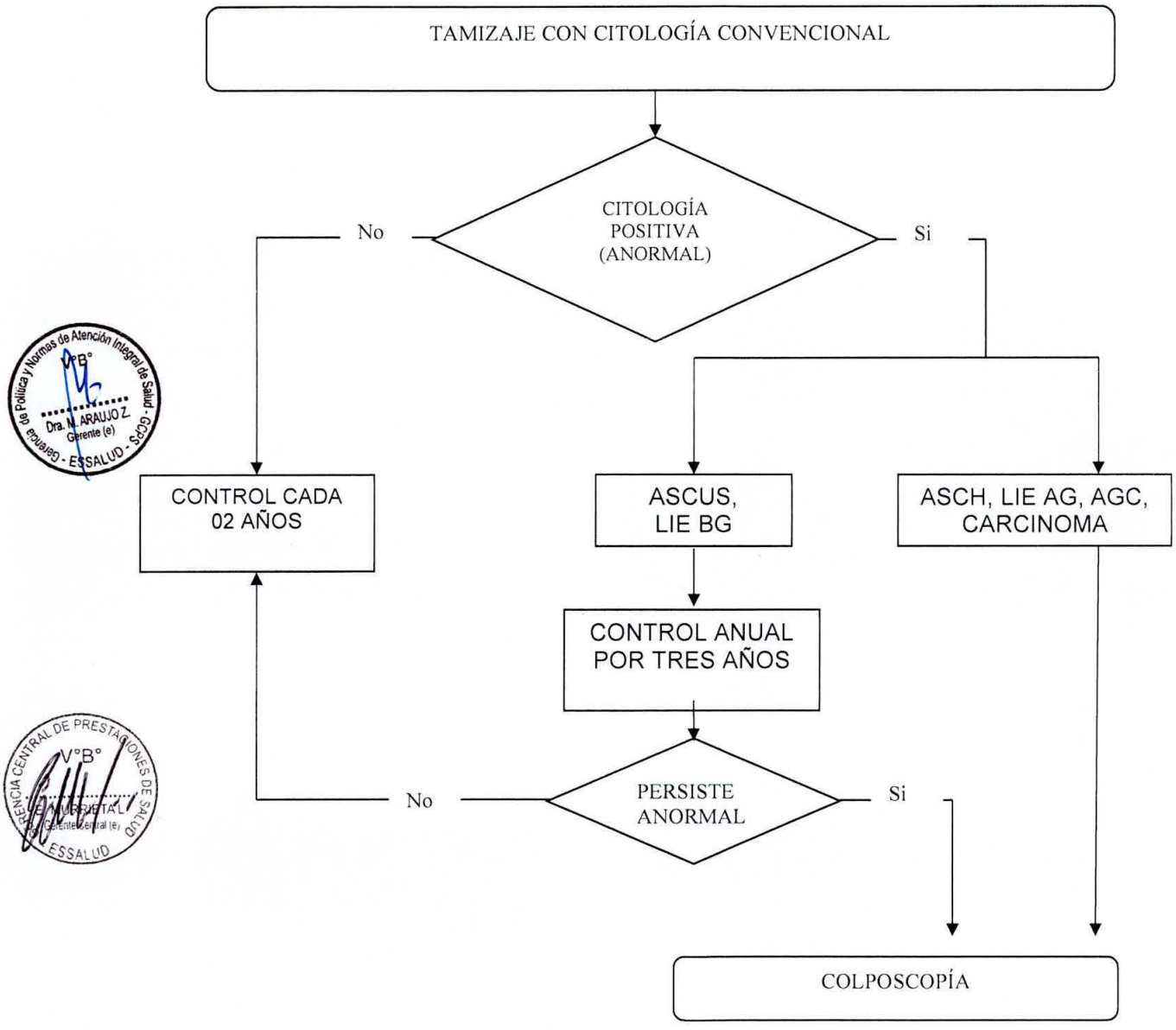
*Resultado:*

| | | |
|---|---|---|
| *VPH tipo 16* | *Positivo ( )* | *Negativo ( )* |
| *VPH tipo 18* | *Positivo ( )* | *Negativo ( )* |
| *VPH otros tipos – ARO* | *Positivo ( )* | *Negativo ( )* |

*Citología de base líquida (Según Sistema Bethesda)*

## ANEXO N° 07:

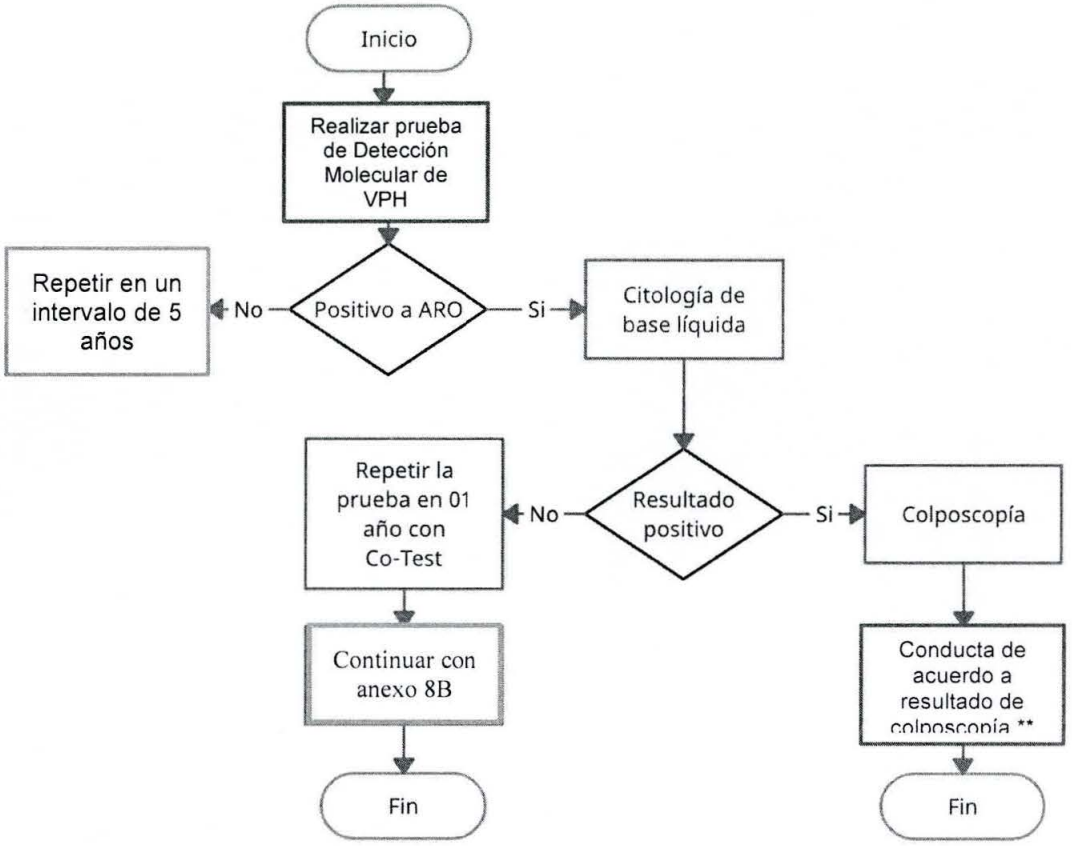
## ALGORITMO DE MANEJO DE ACUERDO A RESULTADOS DE CITOLOGÍA CONVENCIONAL




Fuente: Adaptado de la Directiva Sanitaria N° 085-MINSA-2019-DGIESP Directiva Sanitaria para la Prevención del Cáncer de Cuello Uterino Mediante Detección Temprana y Tratamiento de Lesiones Premalignas incluyendo carcinoma in situ, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 576-2019/MINSA

## ANEXO N° 08 A

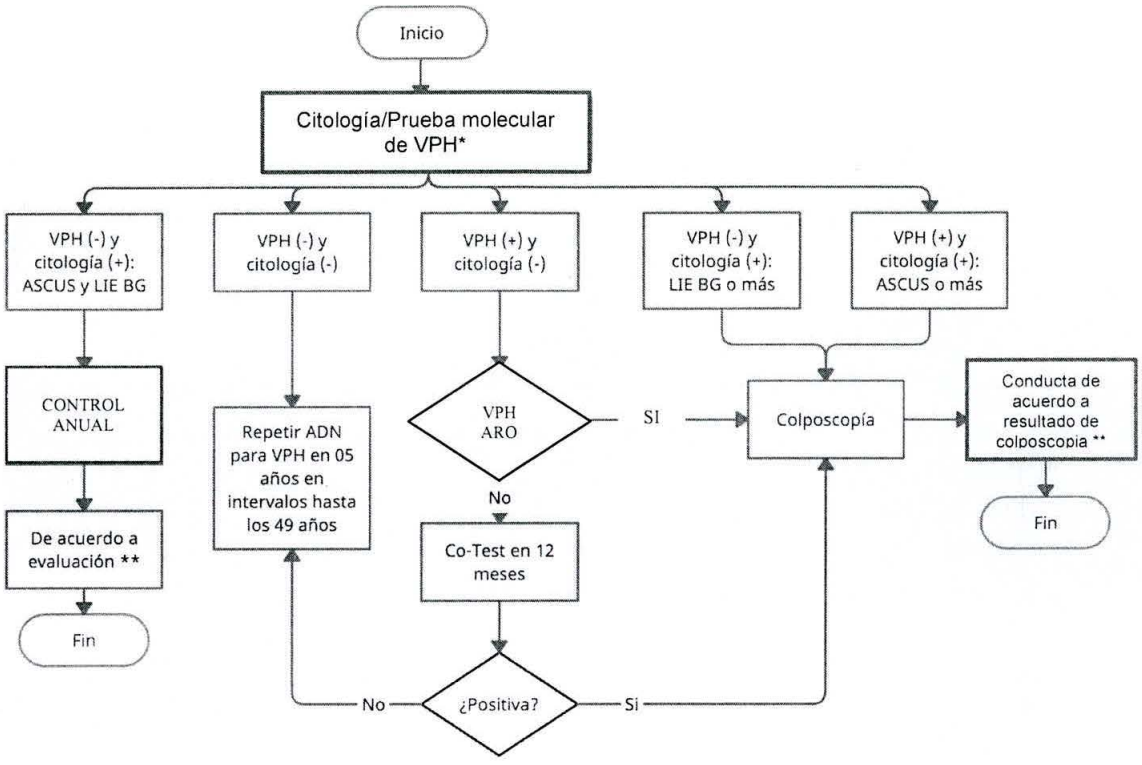
## ALGORITMO DE MANEJO UTILIZANDO VPH COMO TAMIZAJE PRIMARIO




**ARO:** Alto Riesgo Oncogénico
(**) De acuerdo a lo establecido en el Anexo N° 09

## ANEXO N° 08 B

## ALGORITMO DE MANEJO UTILIZANDO CO-TEST




*VPH de alto riesgo oncogénico
** De acuerdo a lo establecido en el Anexo N° 09

Fuente: Modificada de The US Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for Cervical Cancer US Preventive Services Task Force Recommendation Statemen. JAMA. 2018;320(7):674-686. doi:10.1001/jama.2018.10897.
VanderLaan, Paul. Molecular Diagnostics in Citopathology. A practical Handbook for the Practicing Pathologist. Springer Nature Switzerland AG 2019.

**ANEXO N° 09:**

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

**SEGUNDO NIVEL:** EVALUACIÓN DE RIESGOS Y CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA DE NIC (UNIDAD DE PATOLOGIA CERVICAL Y COLPOSCOPÍA)

| | |
|---|---|
| NIC 1 (DISPLASIA LEVE) | OBSERVACION: CONTROL CITOLÓGICO ANUAL POR 3 AÑOS. |
| | TRATAMIENTO: EN CASO DE PERSISTENCIA Y/O FACTORES DE RIESGO. COLPOSCOPIA SEGUIMIENTO Y CONTROLES ANUALES POR 3 AÑOS. |
| NIC 2 (DISPLASIA MODERADA) | OBSERVACION: CONTROLES CITOCOLPOSCOPICOS SEMESTRALES POR 02 AÑOS EN **ADOLESCENTES** Y CASOS SELECCIONADOS. ** |
| | TRATAMIENTO: **TERAPIA ABLATIVA** O CONO LEEP SEGUIMIENTO Y CONTROLES POR 5 AÑOS |
| NIC 3 (DISPLASIA SEVERA) | OBSERVACION: CONTROLES CITOCOLPOSCOPICOS SEMESTRALES POR 01 AÑO EN **ADOLESCENTES** Y CASOS SELECCIONADOS. ** |
| | TRATAMIENTO: CONO LEEP O CONO FRIO. SEGUIMIENTO Y CONTROLES POR 5 AÑOS. |

Gerencia de Política y Normas de Atención Integral de Salud - GPNAIS - ESSALUD V°B° Dra. M. ARAUJO Z. Gerente (e)

Gerencia Central de Prestaciones de Salud - ESSALUD V°B° Dr. M. MORETA L. Gerente Central (e)

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

Fuente: Elaboración propia

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

**TERCER NIVEL:** CONSULTA Y EVALUACIÓN MULTIDISCIPLINARIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA (UNIDAD DE PATOLOGIA CERVICAL Y COLPOSCOPÍA)

- NIC 2 (DISPLASIA MODERADA)
  - OBSERVACION: CONTROLES CITOCOLPOSCÓPICOS SEMESTRALES POR 02 AÑOS EN **ADOLESCENTES** Y CASOS SELECCIONADOS**
  - TRATAMIENTO: CONO LEEP SEGUIMIENTO Y CONTROLES POR 5 AÑOS
- NIC 3 (DISPLASIA SEVERA) O CARCINOMA IN SITU
  - OBSERVACION: CONTROLES CITOCOLPOSCÓPICOS SEMESTRALES POR 01 AÑO EN ADOLESCENTES Y CASOS SELECCIONADOS**
  - TRATAMIENTO: CONO LEEP O CONO FRIO. SEGUIMIENTO Y CONTROLES POR 5 AÑOS.
- CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN TODOS SUS ESTADIOS
  - TRATAMIENTO: ESTADIO IA-1BI Y IIA1: HISTERECTOMIA RADICAL TIPO 1, 2 Y 3. SEGUIMIENTO Y CONTROLES HASTA 10 AÑOS
  - TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA Y/O QUIMIOTERAPIA: ESTADIOS IIB-IVB. SEGUIMIENTO Y CONTROLES DE POR VIDA

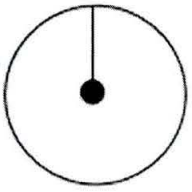
**Casos seleccionados: Mujeres gestantes y jóvenes (<24 años) sin paridad satisfecha y que son de fácil seguimiento.

Fuente: Elaboración propia

## ANEXO N° 10:

### INFORME COLPOSCÓPICO

Paciente:_____ DNI:_____ Telf:_____
Edad:____ FUR:_____ G:___ P:____ N° Parejas:____1ra RS: ___ Mac:_____
EVALUACIÓN GENERAL: ○ Adecuada
Inadecuada:_____
Visibilidad de la unión escamo columnar:
○ Completamente visible ○ Parcialmente visible ○ No visible
Tipos de Zona de Transformación:
○ Tipo 1 ○ Tipo 2 ○ Tipo 3



HALLAZGOS COLPOSCÓPICOS NORMALES
○ Epitelio escamoso original: ○ Maduro ○ Atrófico
○ Epitelio columnar: ○ Ectopía
○ Epitelio escamoso metaplásico ○ Quistes de Naboth
○ Deciduosis en el embarazo ○ Aberturas glandulares y/o criptas glandulares

HALLAZGOS COLPOSCÓPICOS ANORMALES
Grado 1 (Menor)
○ Epitelio acetoblanco delgado ○ Mosaico fino
○ Borde irregular ○ Puntillado fino
Grado 2 (Mayor)
○ Epitelio Acetoblanco denso ○ Mosaico grueso
○ Aparición rápida epitelio Acetoblanco ○ Puntillado grueso
○ Mosaico grueso ○ Bordes delimitados
○ Puntillado grueso ○ Signo del límite del borde interno
○ Signo de cresta o sobre elevado ○ Orificios glandulares bordes engrosados

No específicos: ○ Leucoplasia ○ Erosión
Solución de Lugol (Test de Schiller): ○ Positivo ○ Negativo

SOSPECHA DE INVASIÓN ○ Vasos atípicos
Signos Adicionales
○ Vasos delgados ○ Necrosis
○ Superficie irregular ○ Ulceración (necrótica)
○ Lesión exofítica ○ Tumoración nodular

HALLAZGOS VARIOS
○ Zona de transformación congénita ○ Condiloma
○ Pólipo (Exocervical/Endocervical) ○ Inflamación
○ Estenosis ○ Anomalía congénita
○ Endometriosis ○ Anomalía post tratamiento

TIPOS DE TRATAMIENTO DE ESCISIÓN
Tipo escisión 1 ○ 2 ○ 3 ○
CONCLUSIONES:_____
_____
_____ Fecha:_____ Examinado por
Dr.:_____



Siempre con el pueblo

## ANEXO N°11:

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLPOSCOPÍA Y BIOPSIA

N° Historia.....
N°Teléfono:.....
Doña:.....Edad:.....DNI.....
....., con domicilio en.....
.....
Declaro que el (la) Doctor/a:
.....me
ha explicado que es necesario/conveniente proceder, en mi situación, a realizar una colposcopía y biopsia de cuello uterino
.....
.....

1. Se trata de una intervención consistente en la extirpación de un fragmento de tejido, con fines diagnósticos y/o terapéuticos. En mi caso concreto la biopsia se hará de.....
..... Complicaciones y/o riesgos y fracasos: Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por el estado de salud de cada paciente (diabetes, cardiopatías, hipertensión, anemia, obesidad, edad avanzada...etc.) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y otras potencialmente más importantes que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como, excepcionalmente, un porcentaje mínimo de mortalidad. Las complicaciones específicas de la biopsia más frecuentes son:
Hemorragia (inmediata o tardía), Infección, Quemaduras accidentales en caso de utilizar electrocirugía (tanto en el electrodo activo como quemaduras dístales), Excepcionalmente reacción vagal con lipotimia, Reacción alérgica al anestésico local.
2. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada.
3. Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como.....
4. Cuidados: Me han sido explicados las precauciones, y tratamiento en su caso, que he de seguir tras la intervención y que me comprometo a observar.
5. Anestesia: Lo habitual será utilizar anestesia local. En ciertos casos no es preciso administrar anestesia. En el caso de que fuera necesario realizar la intervención bajo anestesia general o regional será valorada bajo la responsabilidad del servicio de anestesia.
6. Anatomía Patológica: El tejido extirpado en la intervención se someterán a estudio anatomopatológico posterior para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio. Asimismo, he comprendido que dependiendo de los resultados anatomopatológicos y, por tanto, del diagnóstico definitivo, puede ser necesario completar esta intervención con otra más amplia, de la que se me informará en su caso.
He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.
Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento. Y en tales condiciones

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

LUGAR Y FECHA:.....

Firma y sello: El/La Médico(a) Firma y huella digital: La paciente

**REVOCACIÓN**

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

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

LUGAR Y FECHA:.....

Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud - GPNAIS - ESSALUD
V°B°
Dra. M. ARAUJO Z.
Gerente (e)

Firma y sello: El/La Médico(a) Firma y huella digital: La paciente

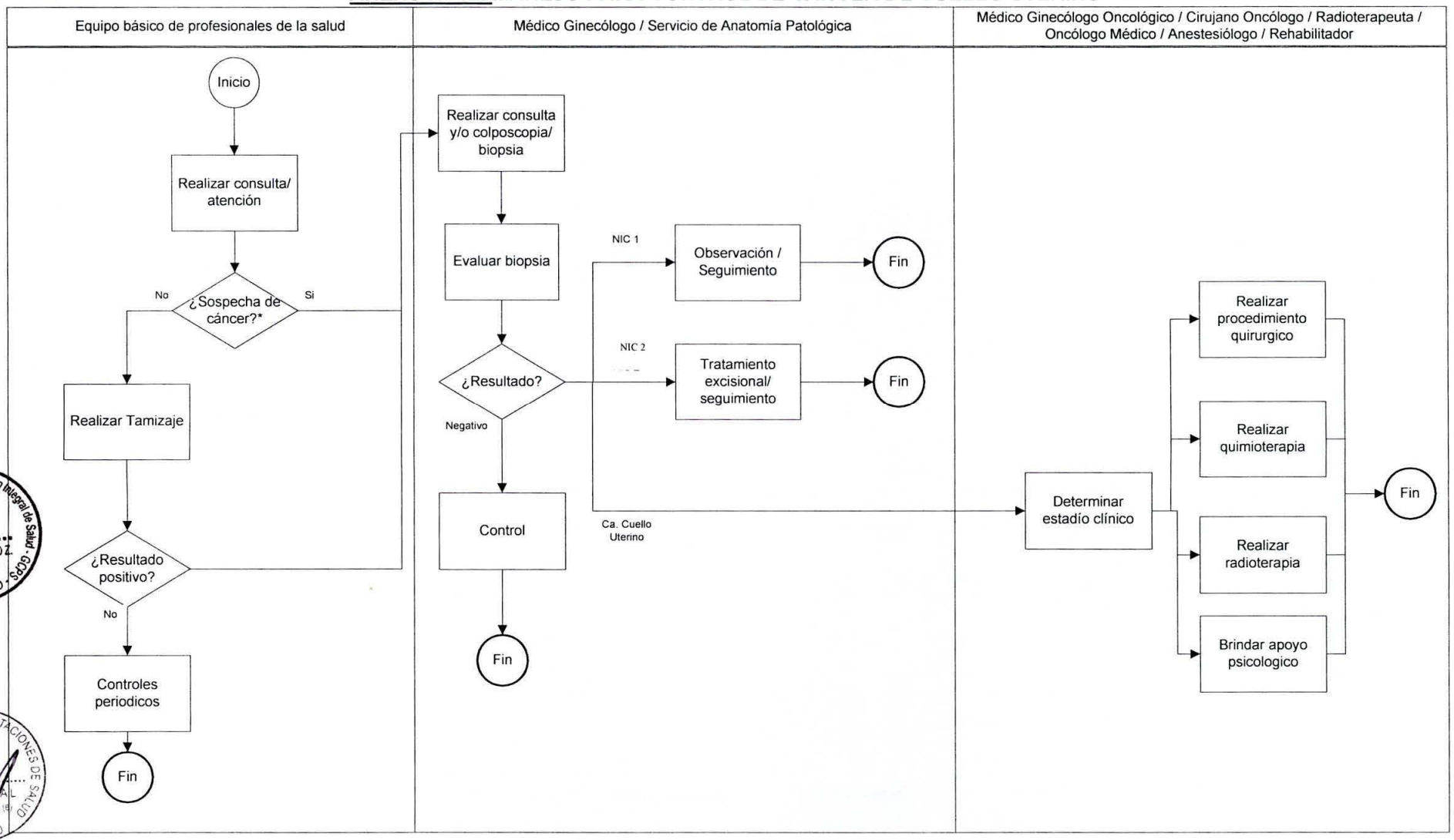
Firma: Representante Legal (si procede)

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
V°B°
ESSALUD



Siempre con el pueblo

## ANEXO N° 12: MANEJO PARA CONTROL DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO




*Es sospecha de cáncer de cuello uterino si se evidencia un cuello anormal o se tiene diagnóstico anatomopatológico positivo con informe, lámina y frasco de parafina.

EsSalud
Perú saludable

## ANEXO N° 13:

## INDICADORES

### INDICADOR DE COBERTURA

| DE LA COBERTURA TAMIZAJE | | |
|---|---|---|
| **INDICADOR** | **FORMULA** | **ESTANDAR** |
| Cobertura de tamizaje de cáncer de cuello uterino con Papanicolaou | N° de mujeres aseguradas de 25 a 64 años con resultado de citología cervical (PAP) x 100 / N° de mujeres aseguradas de 25 a 64 años | 70% (*) (*) El avance es progresivo de acuerdo a metas establecidas |

| INDICADOR | FÓRMULA | ESTÁNDAR |
|---|---|---|
| Porcentaje de pacientes con tamizaje primario mediante VPH | N° de aseguradas de 30 a 49 años con tamizaje primario mediante VPH realizada cada 05 años x100 / N° de aseguradas de 30 a 49 años adscritas a la IPRESS en el periodo de evaluación | 70% (en 05 años a nivel nacional de manera progresiva) |

### INDICADORES DE CALIDAD

| CALIDAD DE LA CITOLOGIA CERVICAL | | |
|---|---|---|
| **INDICADOR** | **FORMULA** | **ESTANDAR** |
| Porcentaje de muestras no satisfactorias | N° de muestras no satisfactorias x100 / N° total de muestras | No mayor del 1%. |
| Porcentaje de citología anormal revisadas por patólogos | N° de láminas con citología anormal revisadas por patólogos x100 / N° de láminas con citología anormal | 100%. |
| Porcentaje de citologías anormales (LIE AG) con correlación histológica | N° de biopsias con NIC2-3 x 100 / N° citologías con resultado LIE AG | > 80% |

Los indicadores permiten detectar variaciones interanuales.
El estándar se define de acuerdo a la epidemiología regional y robustez de método (reproducibilidad del resultado).



Siempre con el pueblo

| INDICADOR | FÓRMULA |
|---|---|
| Porcentaje de muestras positivas de Detección Molecular VPH (ARO*) primario | N° de aseguradas de 30 a 49 años con muestras en la prueba de VPH (ARO) primario positivo x100 / N° de aseguradas de 30 a 49 años adscritas a la IPRESS con prueba de VPH |

***ARO:** Alto Riesgo Oncogénico

| INDICADOR | FÓRMULA |
|---|---|
| Porcentaje de muestras positivas** en el primer Co-Test | N° de aseguradas de 30 a 49 años con muestras en el primer Co-Test positivas x100 / N° de aseguradas de 30 a 49 años adscritas a la IPRESS con prueba de Co-Test |

****Muestra positiva:** Muestra con indicación de colposcopía