

Guía técnica do proceso de detección precoz de CANCRO DE CÉRVIX

Versión 2. Xullo 2013



GUÍA TÉCNICA DO PROCESO DE DETECCIÓN PRECOZ DE CANCRO DE CÉRVIX

Versión 2. Xullo 2013

Edita:

Xunta de Galicia

Consellería de Sanidade

Servizo Galego de Saúde

Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria

Santiago de Compostela, 2013.

GUÍA TÉCNICA DO PROCESO DE DETECCIÓN PRECOZ DE CANCRO DE CÉRVIX

ÍNDICE

1. Definición do proceso asistencial.
2. Proceso de elaboración da guía técnica.
3. Metodoloxía utilizada na guía técnica.
4. Obxectivos da guía.
5. Características de calidade do proceso.
6. Proceso xeral, fluxograma.
7. Guía de actuacións sanitarias: descrición dos subprocesos asistenciais.
8. Sistema de avaliación e mellora do proceso asistencial.
9. Bibliografía.
10. Anexos.

1.- DEFINICIÓN DO PROCESO ASISTENCIAL

- **Proceso asistencial:**

Indicación, realización e xestión dos resultados dunha proba de detección precoz de cancro de cérvix.

- **Alcance:**

Todo o persoal do Servizo Galego de Saúde.

- **Usuaria:**

Mulleres de 21 a 65 anos de idade, incluídas mulleres vacinadas fronte VPH, agás que nunca tivese actividade sexual ou estivera histerectomizada por unha enfermidade benigna ou maligna non asociada a VPH. A detección precoz de cancro de cérvix interromperase aos 65 anos sempre que se realizasen dúas citoloxías despois dos 60 anos.

- **Propietario do proceso:**

Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria do Servizo Galego de Saúde.

2.- PROCESO DE ELABORACIÓN DA GUÍA TÉCNICA

2.1 Participación social

A primeira versión desta guía técnica elaborouse dentro do proxecto de detección precoz do cancro de cérvix do Plan de atención integral á saúde da muller. Os requirimentos foron identificados nunha mesa de traballo na que participaron representantes da Asociación Española Contra el Cáncer, da Sociedade Española de Medicina de Familia e Comunitaria (SEMFYC), da Sociedade Española de Xinecoloxía e Obstetricia (SEGO), do Colexio Oficial de Enfermería de Lugo, de Alecrín e profesionais do Sistema sanitario galego. Posteriormente, o proxecto foi asignado a un experto sanitario no tema que definiu as tarefas necesarias para acadar os obxectivos definidos no plan. Estas tarefas e obxectivos foron aprobados no Comité do Plan formado pola conselleira de Sanidade, os dous secretarios xerais, o director xeral de Asistencia Sanitaria e o de Recursos Humanos, a asesora técnica e tres expertos na materia. A primeira tarefa identificada dentro do proxecto foi a elaboración dunha guía de actuación dirixida aos profesionais sanitarios para a detección precoz do cancro de cérvix.

2.2 Participación dos profesionais

Para a elaboración desta guía, creouse un grupo de traballo composto por profesionais sanitarios expertos no tema, estas mesmas persoas formaron parte do grupo de traballo de revisión da primeira versión incorporándose outras de novo ao grupo inicial.

O grupo inicial tivo que identificar os subprocesos que forman parte do proceso global de detección precoz de cancro de cérvix e para esta revisión, decidiuse manter a estrutura da versión da guía e revisar o seu contido adecuandoo ás evidencias actuais sobre o tema.

Para cada subproceso detállanse as actuacións sanitarias que se deben realizar na consulta (anamnese, probas complementarias, exploración...). Igualmente para cada unha destas actuacións sanitarias defínense os seus requisitos ou características técnicas (por exemplo na anamnese que preguntas se teñen que facer) e as características de calidade para realizar ese subproceso asistencial. Por último tamén se indica a información que se lle debe dar á usuaria no subproceso.

Para a realización desta revisión da guía contouse coa colaboración de Avalia-t para consultas específicas da evidencia actual sobre temas controvertidos. Con toda esta información elaborouse este documento que foi de novo revisado polas persoas integrantes do grupo de traballo e polas sociedades científicas e polas xerencias de Xestión Integrada dos centros dependentes do Servizo Galego de Saúde e posteriormente aprobado pola Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria, obtendo así a revisión definitiva deste documento.

No futuro, os contidos desta guía adaptaranse ás indicacións da “Guía europea para o control de calidade en cribado cervical”, cuxa publicación se espera ao longo do ano 2013”.

As persoas que participaron neste grupo de traballo de revisión e actualización da primeira versión da guía son:

- Emilio Cabo Silva.
Xefe de Servizo de Obstetricia e Xinecoloxía. Hospital do Salnés. Xerencia de Xestión Integrada de Pontevedra e o Salnés.
- Benigna Castro Calvo.
Matrona. Centro de Saúde da Baña. Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela.
- Antonio Castro López.
Médico xinecólogo-obstetra. Servizo de Xinecoloxía. Hospital Universitario *Lucus Augusti*. Xerencia de Xestión Integrada de Lugo, Cervo e Monforte de Lemos.
- Bárbara Couso Cambeiro.
Facultativa especialista de área de Xinecoloxía e Obstetricia. Complexo Hospitalario Universitario de Ourense. Xerencia de Xestión Integrada de Ourense, Verín e o Barco de Valdeorras.
- Angel de la Orden Frutos.
Xefe da Sección de Xinecoloxía. Hospital O Meixoeiro. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo. Xerencia de Xestión Integrada de Vigo.
- José Luis Doval Conde.
Xefe do Servizo de Obstetricia e Xinecoloxía. Complexo Hospitalario Universitario de Ourense. Xerencia de Xestión Integrada de Ourense, Verín e o Barco de Valdeorras.
- Concepción Fiaño Valverde.
Facultativa especialista de área de Anatomía Patolóxica. Hospital Xeral-Cies. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo. Xerencia de Xestión Integrada de Vigo.
- Julio García Comesaña.
Coordinación da Estratexia galega contra o cancro. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.
- Raimundo Gulín González.
Facultativo especialista en Medicina Familiar e Comunitaria. Centro de Saúde Valle Inclán. Xerencia de Xestión Integrada de Ourense, Verín e o Barco de Valdeorras.
- M^a Mercedes Lanza Gándara.
Subdirectora xeral de Planificación e Programación Asistencial. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Servizo Galego de Saúde.
- Manuel Macía Cortiñas.
Xefe do Servizo de Obstetricia. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Xerencia de Xestión Integrada de Santiago.
- M^a Dolores Martínez Romero.
Técnica. Servizo de Procesos e Programas Asistenciais. Subdirección Xeral de Planificación e Programación Asistencial. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Servizo

Galego de Saúde.

- M^a del Carmen Penín Corderí.

Xefa do Servizo de Anatomía Patolóxica. Complexo Hospitalario Universitario de Ourense. Xerencia de Xestión Integrada de Ourense, Verín e o Barco de Valdeorras.

- José Javier Ventosa Rial.

Xefe do Servizo de Procesos e Programas Asistenciais. Subdirección Xeral de Planificación e Programación Asistencial. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Servizo Galego de Saúde.

- Teresa Queiro Verdes.

Técnica. Servizo da Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias. Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública. Consellería de Sanidade.

- Raquel Zubizarreta Alberdi.

Xefa do Servizo de Programas Poboacionais de Cribado . Subdirección Xeral de Programas de Fomento de Estilos de Vida Saudables. Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública. Consellería de Sanidade.

3.- METODOLOXÍA UTILIZADA NA GUÍA TÉCNICA

A presente guía técnica non é unha guía de práctica clínica aínda que as guías de práctica clínica foron a base para a súa elaboración e inclúense na bibliografía. Esta guía quere servir de axuda á toma de decisións dos profesionais que atenden un determinado proceso asistencial, homoxeneizando as actuacións sanitarias en todo o Sistema sanitario público de Galicia.

A unidade básica dentro da guía son os chamados “subprocesos” e teñen definidos o seu obxectivo, cando e a quen debe aplicalo e as actuacións sanitarias incluídas nel, coas súas propias características. Tamén están incluídas nesta guía algunhas características de calidade en canto á cualificación ou titulación do profesional e ás instalacións e materiais necesarios.

En cada subproceso asistencial veñen identificadas as actuacións sanitarias que hai que realizar como poden ser unha anamnese, a solicitude de probas ou a prescrición farmacéutica. De cada unha destas actuacións sanitarias definíronse os seus criterios ou características. Nas actuacións sanitarias que o grupo considerou que teñen unha práctica profesional común e que están baseadas na evidencia científica, non se considerou necesario explicitar o grao de recomendación. Cando non se recoñeceu unha práctica profesional homoxénea adoptáronse as recomendacións de acordo coa evidencia e cando esta non existe, por consenso.

O sistema de codificación utilizado para os subprocesos é un código composto polo número de orde de publicación da guía máis un número consecutivo dentro do propio proceso.

Ademais, con esta sistemática identificáronse as necesidades materiais e de formación que as xerencias de xestión integrada do Servizo Galego de Saúde deberán dispor para aplicar un determinado proceso asistencial.

Para a revisión e actualización da primeira revisión, realizouse unha revisión da existencia de nova evidencia sobre aspectos como técnica da toma de mostra para realización de citoloxía, idade de inicio e finalización da detección precoz do cancro de cérvix, criterios de realización de VPH, vacina VPH e citoloxía, revisión e actualización de algoritmos de decisión, se a tipaxe do VPH modifica ou non a actitude terapéutica e revisión e actualización de contido de anexos e información complementaria que achega a guía.

4.- OBXECTIVOS DA GUÍA:

Os obxectivos que espera acadar esta guía unha vez implantada son:

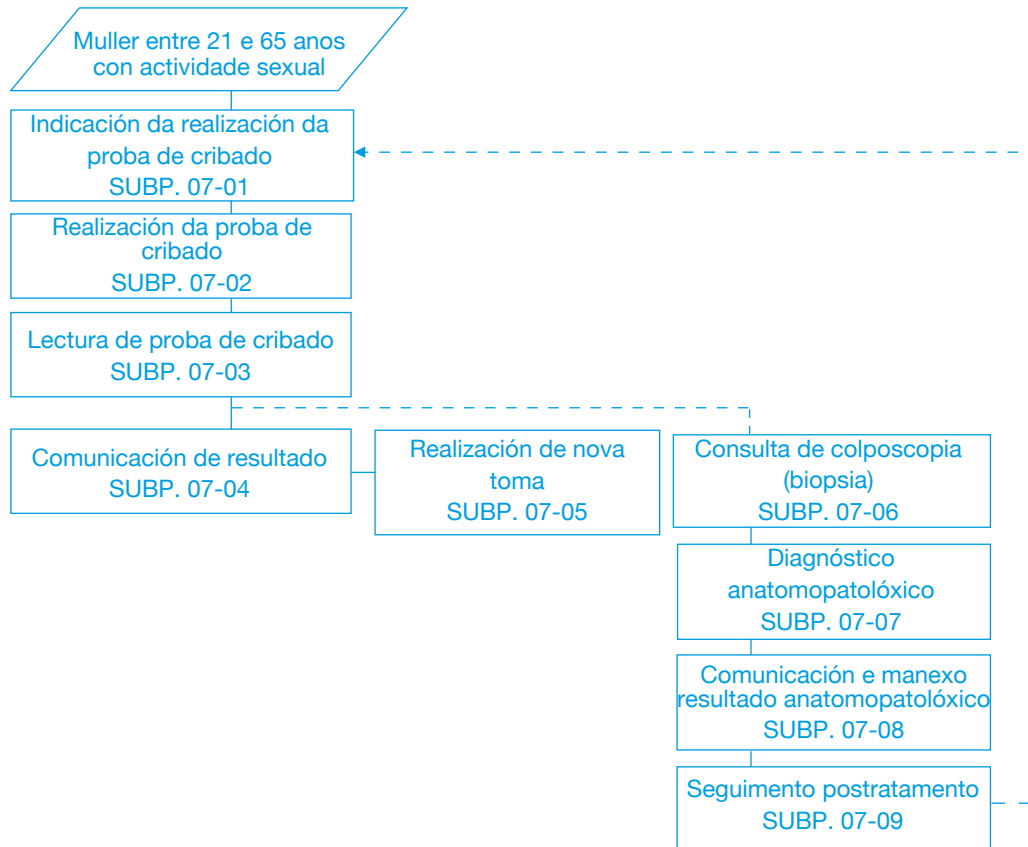
- Axudar os profesionais na súa toma de decisións sanitarias para realizar a detección precoz do cancro de cérvix e, deste xeito:
 - Acadar unha participación na proba de detección de máis dun 70% das mulleres.
 - Realizar detección precoz do cancro de cérvix cunha periodicidade de 3 anos.
- Diminuír a variabilidade na prestación do servizo e mellorar a súa calidade.
- Definir de forma clara e precisa as vías de acceso a este servizo.
- Mellorar a accesibilidade á detección precoz realizando o cribado en atención primaria de saúde.
- Diminuír a mortalidade por cancro de cérvix no grupo de idade no que se realiza a intervención.

5.- CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE DO PROCESO

Os seguintes apartados definen as características de calidade do proceso:

- Coñecementos e habilidades específicos desexables dos profesionais que atenderán o proceso:
 - Para a realización da toma de mostra citolóxica considérase desexable a formación teórica e práctica.
 - Os profesionais que interveñen no proceso deben ter a formación e a capacitación específica segundo os estándares das diferentes sociedades científicas.
- Para a determinación do virus do papiloma humano (VPH) utilizaranse métodos validados e con marcación CE.
- Instalacións: para a realización de todos os subprocesos incluídos necesítase unha consulta que garanta a privacidade da usuaria.
- Recursos materiais:
 - Material divulgativo da oferta de detección precoz de cancro de cérvix explicando todo o proceso.
 - Dotación estándar de consultas de atencións primaria ou especializada.

6.- PROCESO XERAL, FLUXOGRAMA.



Subprocesos:

07-01- Indicación da realización da proba de detección precoz de cancro de cérvix.

07-02- Realización da proba - Toma de mostra.

07-03- Lectura e clasificación do resultado da proba.

07-04- Comunicación á muller do resultado da proba.

07-05- Actuacións a realizar no caso de necesidade de repetir a toma de mostra.

07-06- Realización de colposcopia e biopsia.

07-07- Diagnóstico anatomopatolóxico de confirmación de lesión precancerosa ou cancro invasivo.

07-08- Comunicación resultado anatomo-patolóxico e manexo de lesións precancerosas.

07-09- Seguimento postratamento das lesións histopatolóxicas e criterios para derivación ao programa de detección precoz de cancro de cérvix rutineiro.

SUBPROCESO 07-01: INDICACIÓN DA REALIZACIÓN DA PROBA DE DETECCIÓN PRECOZ DO CANCRO DE CÉRVIX

Obxectivo do subproceso:

Valorar a indicación de realización da proba de detección precoz do cancro de cérvix.

Motivo de aplicación deste proceso:

Muller de 21 a 65, agás que non tivese nunca relacións sexuais ou estea histerectomizada por unha enfermidade benigna ou maligna non asociada a VPH.

Actuacións clínicas que hai que realizar no proceso:

- Realizar a anamnese (ou revisión historia clínica) orientada a determinar a indicación da proba:

- Idade.
- Actividade sexual.
- Data última citoloxía e resultado dela.
- Seguimento ou tratamento de citoloxías previas anómalas.
- Criterios de exclusión:
 - histerectomía total por unha enfermidade benigna ou maligna non asociada a VPH
 - non ter tido relacións sexuais.

- Valorar a indicación da proba se:

- Idade 21-65. Interromperase aos 65 anos agás que non teña 2 citoloxías normais despois dos 60. En mulleres de 65 anos ou máis sen detección precoz de cancro de cérvix previo ou incorrecto realizaranse 2 citoloxías consecutivas cun intervalo dun ano entre elas. Se as dúas son normais non é preciso continuar coa detección precoz de cancro de cérvix.
- Actividade sexual actual ou no pasado.
- Data última citoloxía normal ≥ 3 anos ou volta á detección precoz de cancro de cérvix de rutina despois do tratamento dunha lesión previa.
- Ausencia de criterios de exclusión.

- Informar a muller de:

- Obxectivo da detección precoz do cancro de cérvix e as súas limitacións (entregar información divulgativa). Explicar a nova periodicidade (ver argumentario anexo 1).
- Probabilidade de resultado normal (92%).
- Significado do resultado normal (baixo risco de padecer cancro pero non ausencia de risco, se ten sintomatoloxía acudir ao médico).
- Posibilidade de que a mostra non sexa válida (9% en convencional/ algo menor en citoloxía de base líquida ou CBL) e as causas de que isto ocorra.
- O significado de ter que realizar máis estudos se o resultado non é normal.
- Prazo habitual dos resultados: unhas 8 semanas.

- Facilitar un teléfono de contacto no caso de que non se lle comunique o resultado no prazo previsto.
- A importancia de que lle notifique ao seu médico calquera sangrado ou fluxo anormal.

- Valorar a realización da revisión da anticoncepción (ver Guía técnica do proceso de anticoncepción).

- Anotar na historia clínica as actividades realizadas.

- Propoñer a realización da proba se é loxisticamente posible e cumpre os seguintes requisitos:

- Ausencia de menstruación.
- Ausencia de enfermidade inflamatoria ou infección vaxinal aguda.
- Máis de 6 semanas dende o parto.
- Non tratamentos tópicos durante as 72 horas previas á toma.

- Se non é posible ou non se cumpren os requisitos anteriores xestionar a cita para a realización da proba outro día informando á muller dos requisitos previos para a realización da proba.

SUBPROCESO 07-02: REALIZACIÓN DA PROBA – TOMA DE MOSTRA

Obxectivo do subproceso:

Obter unha mostra válida para realizar a detección precoz de cancro de cérvix.

07-02

Motivo de aplicación deste proceso:

Indicación previa da proba e cumprimento dos criterios establecidos no subproceso anterior.

Actuacións clínicas que hai que realizar no proceso:

- Informar a usuaria de:

- Sobre o que se vai facer.

- Realizar a anamnese e anotación de: (ver anexo 2)

- Identificación da usuaria.
- Data do primeiro día da última regra.
- Idade do inicio da menopausa.
- Presenza de embarazo (ver anexo 3 recomendacións).
- Se está en período posparto (6 semanas despois do parto).
- Tratamentos previos: hormonal, radioterápico, cirurxía...
- Síntomas se os houbese.
- Citoloxía previa (data e resultado).
- Outros datos clínicos de interese (ITS previa...).

- Consultar en táboa específica da área sanitaria para saber o tipo de citoloxía que se vai utilizar.

- Ter presente antes de realizar a toma:

- A toma citolóxica deberá realizarse antes de calquera tipo de exploración xinecolóxica.
- Deberase utilizar o espéculo adecuado sen lubricante (só utilizar auga) expoñendo o cérvix completamente e obtendo unha visión completa del. Materiais dispoñibles para facelo: espéculos de diferentes tamaños.
- Se existise fluxo vaxinal que cubra o cérvix, removeloo coidadosamente cunha torunda húmida de solución fisiolóxica.
- Se existise cervicite ou vaxinite intensas deberase tratar primeiro e diferir a toma.

- Realizar a toma (segundo a técnica indicada polo laboratorio de área). Ver anexo 4.

- Anotar na Historia Clínica.

- Informar sobre o prazo habitual de resposta:

- Unhas 8 semanas.
- Facilitar un teléfono de contacto no caso de que non lle comuniquen resultado no prazo previsto.

- Tramitar o envío da mostra. (Ver instrucións específicas no centro de saúde). En xeral:

- Se se utilizase **citología convencional**, os portaobxectos colocaranse nun cubreportaobxectos de plástico ou cartón. Este cubreportas debe identificarse co nome, apelidos da muller e CIP ou TIS. Poden empregarse etiquetas identificadoras da muller se se dispón delas. Introducirase o cubreportas no colector común do centro de saúde para o seu transporte xunto coa solicitude de citología debidamente cuberta nun sobre pechado no que se identifique o destino ao que debe ir para o seu análise.
- Se se utilizase **citología de base líquida**, identificarase o vial co nome, apelidos da muller e CIP ou TIS. Poden empregarse etiquetas identificadoras da muller se se dispón delas. Introducirase o vial e a solicitude de citología debidamente cuberta nun sobre pechado no que se identifique o destino e depositarase nun colector común que debe estar dispoñible no centro de saúde.

SUBPROCESO 07-03: LECTURA E CLASIFICACIÓN DO RESULTADO DA PROBA

Obxectivo do subproceso:

Determinar o resultado da mostra de citoloxía.

Motivo de aplicación deste proceso:

Chegada ao Servizo de Anatomía Patolóxica dunha mostra de citoloxía do Programa de detección precoz de cancro de cérvix.

Actuacións que hai que realizar no proceso:

- Procesar a mostra recibida.

- Realizar a lectura o citotécnico da mostra e definición do resultado utilizando os termos da clasificación Bethesda 2001 sobre:

- Calidade da mostra:
 - Con zona T tipo 1 para estudo.
 - Zona T tipo 2 ou 3 para estudo (causas).
- Interpretación/resultado.
 - Patoloxía infecciosa.
 - Achados non neoplásicos.
 - Anomalías en células epiteliais.

- Indicar as actuacións que hai que realizar segundo resultados (ver anexos 5, 6, 7, 8, 9).

- As actuacións posibles son:
 - Repetición de toma por mostra Zona T tipo 2 ou 3.
 - Repetición de toma despois de tratamento.
 - Outra (especificar).

- Anotar o resultado segundo a clasificación do Sistema Bethesda 2001 resumido (ver anexo 10).

- Incluír resultados do citotécnico e o resultado final no sistema de información.

07-03

SUBPROCESO 07-04: COMUNICACIÓN Á MULLER DO RESULTADO DA PROBA

Obxectivo do subproceso:

Comunicarlle á muller o resultado da proba.

Motivo de aplicación deste proceso:

Recepción do resultado da proba.

07-04

Actuacións que hai que realizar no proceso:

- Recepción dos resultados das citoloxías de detección precoz de cancro de cérvix.

- O/a profesional que realizou a toma da mostra debe comunicarlle o resultado da citoloxía á usuaria.

- Xestionar cita no caso de “repetición de toma de mostra por mostra Zona T tipo 2 ou 3” cando sexa posible e comunicarllelo á usuaria.

- No caso de resultado negativo para lesión epitelial ou malignidade, recordarlle á muller que debe solicitar cita para detección precoz de cancro de cérvix dentro de 3 anos.

- No caso doutros resultados citolóxicos:

- Citoloxía Zona T tipo 2 ou 3 para o estudo: repetir a toma da mostra en canto sexa posible segundo se indica no apartado de “actitude recomendada” da folla de resultados.
- Achados non neoplásicos: valorar a necesidade de tratamento e repetir a toma da mostra despois do tratamento, nos casos que así se indique no apartado “actitude recomendada” da folla de resultados.
- Anomalías en células epiteliais: seguir os algoritmos de manexo de lesións citolóxicas. nexos 5 a 9).

SUBPROCESO 07-05: ACTUACIÓN A REALIZAR NO CASO DE NECESIDADE DE REPETIR A TOMA DE MOSTRA

Obxectivo do subproceso:

Obter unha nova mostra válida para realizar a detección precoz de cancro de cérvix ou para un seguimento específico.

Motivo de aplicación deste proceso:

Muller que acode con citación para repetir toma de mostra ou realizar algunha outra actividade a resultas da citoloxía anterior.

07-05

Actuacións que hai que realizar no proceso:

- Revisar o resultado da anterior citoloxía, a actitude recomendada na folla de resultados: e os algoritmos de actuación en lesións citolóxicas (ver anexos 5 a 9).

- Informar á usuaria:

- Necesidade de instaurar un tratamento antes de repetir a proba no caso de que a actitude recomendada na folla de resultados así o indique.
- Explicación do motivo da necesidade de repetición segundo o resultado da folla de resultados e revisar que a nova toma se vai facer no intervalo recomendado. No caso contrario, dar unha nova cita no intervalo recomendado explicando as condicións nas que debe acudir para realizar a toma.

- Instaurar o tratamento indicado no seu caso.

- Se a indicación é de repetir a proba e o intervalo é o recomendado: Realizar anotación (ver anexo 2) e revisar a:

- Identificación da usuaria.
- Data do primeiro día da última regra.
- Idade do inicio da menopausa.
- Embarazo (ver anexo 3).
- Período posparto.
- Tratamentos previos: hormonal, radioterápico, cirurxía...
- Síntomas se os houbera.
- Citoloxía previa (data e resultado).
- Outros datos clínicos de interese (ITS previa...)

- Ter presente antes de realizar a toma:

- A toma citolóxica deberá realizarse antes de calquera tipo de exploración xinecolóxica.

- Deberase utilizar o espéculo adecuado sen lubricante (só utilizar auga) expoñendo o cérvix completamente e obtendo unha visión completa del. Materiais dispoñibles para facelo: espéculos de diferentes tamaños.
- Se existise fluxo vaxinal que cubra o cérvix, removeloo coidadosamente cunha torunda húmida de solución fisiolóxica.
- Se existise cervicite ou vaxinite intensas deberase tratar primeiro e diferir a toma.

- Realizar a toma (ver anexo 4).

- Sempre que se precise a determinación de VPH deberase realizar unha toma de mostra utilizando o dispositivo de citoloxía de base líquida dispoñible.

- Anotar en Historia Clínica.

- Informar sobre o prazo habitual de resposta:

- Máximo 8 semanas.
- Facilitar un teléfono de contacto no caso de que non lle comuniquen resultado no prazo previsto.

- Tramitar o envío da mostra. (Ver instrucións específicas no centro de saúde). En xeral:

- Se se utilizase **citología convencional**, os portaobxectos colocaranse nun cubreportaobxectos de plástico ou cartón. Este cubreportas debe identificarse co nome, apelidos e CIP ou TIS. Poden empregarse etiquetas identificadoras da muller se se dispón delas. Introducirase o cubreportas no colector común do centro de saúde para o seu transporte xunto coa solicitude de citoloxía debidamente cuberta nun sobre pechado no que se identifique o destino ao que debe ir para o seu análise.
- Se se utilizase **citología de base líquida**, identificarase o vial co nome, apelidos da muller e CIP ou TIS. Poden empregarse etiquetas identificadoras da muller se se dispón delas. Introducirase o vial e a solicitude de citoloxía debidamente cuberta nun sobre pechado no que se identifique o destino e depositarase nun colector común que debe estar dispoñible no centro de saúde.

SUBPROCESO 07-06: REALIZACIÓN DE COLPOSCOPIA E BIOPSIA

Obxectivo do subproceso:

Realizar as probas complementarias necesarias para valorar anomalías colposcópicas e tomar unha mostra de tecido cervical (biopsia) para proceder á confirmación histolóxica de lesión precancerosa ou cancro de cérvix.

Motivo de aplicación deste proceso:

Muller citada en colposcopia por estar indicada segundo os algoritmos de seguimento de lesións citolóxicas (anexo 5-9).

Actuacións que hai que realizar no proceso:

07-06

- Informar a muller de:

- Significado da citoloxía positiva e o algoritmo de actuación (ver anexos 5 a 9)
- As actuacións que se van realizar
- Tempo e forma de recepción de resultados: mediante cita para informe con resultado de biopsia e pauta de actuacións sobre o tratamento ou seguimento en 4-6 semanas.

- Realizar anamnese ou revisar historia clínica sobre citoloxías anteriores, resultados delas, informes histopatolóxicos de lesións anteriores, causa da derivación.

- Ter dispoñible o resultado da citoloxía que motiva a realización de colposcopia (grao de anomalía citolóxica).

- Realizar colposcopia (desexable colposcopio con material para iconografía).

- Realizar biopsia se procede.

- Emitir informe.

- Datos mínimos do informe: causa da derivación, grao de anomalía citolóxica, se a colposcopia foi ou non con zona T tipo 1 (se viu toda a zona de unión escamoso-columnar e o límite superior de calquera lesión cervical), presenza ou ausencia de extensión vaxinal e/ou endocervical e rexistro dos achados colposcópicos utilizando a terminoloxía colposcópica vixente: International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy (IFCPC) (ver anexo 11).

- Enviar a mostra de tecido cervical ao laboratorio de anatomía patolóxica acompañada dunha copia do informe.

- Xestionar a cita en xinecoloxía para as datas previstas (4-6 semanas máis tarde) para informar sobre resultado.

- Rexistrar actividade realizada e resultados na historia clínica.

SUBPROCESO 07-07: DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓXICO DE CONFIRMACIÓN DE LESIÓN PRECANCEROSA OU CANCRO INVASIVO

Obxectivo do subproceso:

Realizar o diagnóstico anatomopatolóxico de confirmación de lesión precancerosa ou cancro invasivo.

Motivo de aplicación deste proceso:

Chegada ao Servizo de Anatomía Patolóxica dunha mostra de tecido cervical procedente dunha biopsia para diagnóstico anatomopatolóxico.

Actuacións que hai que realizar no proceso:

- Procesar a mostra.

- Emitir informe de Anatomía Patolóxica.

- Datos mínimos do informe de histopatoloxía: tipo histolóxico e grao da lesión, presenza ou ausencia de cambios relacionados co VPH, presenza ou ausencia de extensión intraglandular. O estudo histolóxico dunha peza de biopsia escisional debe incluír ademais o estado das marxes cirúrxicas, das que a endocervical é a máis importante. Recoméndase utilizar a codificación de lesións de acordo coa codificación SNOMED CT (Systematized Nomenclature of Medicine).

- Incluír a información no sistema informático.

- Remitirle o informe ao médico solicitante no prazo de tempo que permita que o informe estea no momento da cita xa concertada en xinecoloxía.

07-07

SUBPROCESO 07-08: COMUNICACIÓN DO RESULTADO ANATOMOPATOLÓXICO E MANEXO DE LESIÓNS PRECANCEROSAS

Obxectivo do subproceso:

Comunicarlle á muller o resultado de confirmación de lesión histolóxica e indicar o manexo das lesións precancerosas confirmadas por anatomía patolóxica.

Motivo de aplicación deste proceso:

Recepción do resultado de confirmación de lesión histolóxica.

Actuacións que hai que realizar no proceso:

- Informar á muller de:

- Os resultados histopatolóxicos e o seu significado.
- Alternativas de tratamento ou seguimento, se é o caso (anexos de manexo de lesións histolóxicas) (Ver anexos 12,13,14 e 15).

- Cubrir o consentimento informado se precisa de tratamento e seguir as pautas europeas (European cervical Cancro Screening Network) (ver anexo 16).

- Citar á muller para o día que se vai realizar o tratamento ou se vai facer consulta de seguimento.

- Informar á muller, se se vai realizar seguimento, sobre o tipo de seguimento (colposcopia, toma endocervical, citoloxía, etc.), e sobre as condicións nas que debe acudir para realizar as probas indicadas.

- Rexistrar actividade realizada e resultados na historia clínica.

07-08

SUBPROCESO 07-09: SEGUIMIENTO POSTRATAMENTO DAS LESIÓNS HISTOPATOLÓXICAS E CRITERIOS PARA DERIVACIÓN AO PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CANCRO DE CÉRVIX RUTINEIRO.

Obxectivo do subproceso:

Realizar o seguimento postratamento das lesións precancerosas.

Motivo de aplicación deste proceso:

Lesión precancerosa tratada.

Actuacións que hai que realizar no proceso:

- Realizar as actividades segundo algoritmo específico (ver anexo 17).

- Informar a muller sobre:

- Citas subseguintes de seguimento postratamento.
- Síntomas e signos de alerta sobre complicacións postratamento.

- Xestionar nova cita de seguimento, cando proceda, informando a muller sobre o tipo de seguimento (colposcopia, toma endocervical, citoloxía, etc.), e sobre as condicións nas que debe acudir para realizar as probas indicadas.

- Engadir actividade realizada e resultados na historia clínica.

- Incluír a muller no Programa de detección precoz de cancro de cérvix de rutina cando remate o seguimento recomendado:

- Emitir unha copia do informe para a muller e outra copia para a historia clínica, co diagnóstico, tratamento e seguimento realizado e indicación de seguir coa detección precoz de cancro de cérvix de rutina cada tres anos.

07-09

8.- SISTEMA DE AVALIACIÓN E MELLORA DO PROCESO ASISTENCIAL

- Indicadores de resultados:
 - Taxa de mortalidade por cancro de cérvix no grupo 21-65 anos.
 - Supervivencia por cancro de cérvix.
 - % mulleres que ten feita unha citoloxía nos últimos 3 anos.
- Indicadores accesibilidade:
 - % de citoloxías de detección precoz de cancro de cérvix en atención primaria/respecto ao total de citoloxías de detección precoz de cancro de cérvix.
 - Tempo medio de información por parte de Anatomía Patolóxica. Diferenza entre data entrada en laboratorio e rexistro saída resultado.
 - Tempo medio demora diagnóstico. Diferenza entre data rexistro resultado laboratorio e cita para colposcopia.
 - Tempo medio demora tratamento. Diferenza entra data de cita colposcopia e cita para actuación.
- Indicadores de calidade:
 - Taxa de detección ASC-US/ ASC-H/ LSIL/ HSIL/ AGC.
 - Taxa de detección da biopsia. Taxa de CIN1/2/3 AIS e carcinoma invasivo.
 - % de citoloxías non con zona T tipo 1 (mostras non adecuadas).
 - % de repeticións.
 - % mulleres derivadas a colposcopia.
- Indicadores de seguridade:
 - % falso negativos e positivos.
- Indicadores de produción/rendemento:
 - Número de mulleres ás que se lles realiza diagnóstico precoz de cancro de cérvix.
 - Número de lecturas realizadas.
 - Número de mulleres diagnosticadas de cancro de cérvix.

9.- BIBLIOGRAFÍA

- ACOG Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists: Cervical Cytology Screening. *Obstet Gynecol.* 2009;114:1409-20.
- Anttila A, Ronco G, Clifford G, Bray F, Hakama M, Arbyn M, Weiderpass E. Cervical cancer screening programmes and policies in 18 European countries. *Br J Cancer.* 2004 Aug 31;91(5):935-41.
- Arbyn M, Dillner J, Schenck U, Nieminen P, et al. Methods for screening and diagnosis. En: European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. European Cancer Network (ECN). Coordination Office. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2008(a). p. 78-80.
- Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, et al. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second Edition-Summary Document. *Annals of Oncology* 21: 448-458, 2010.
- Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia. Pautas europeas para el tratamiento de la neoplasia cervical intraepitelial. AEPPC. Disponible en <http://www.aepcc.org/images/download/documentos/profesionales/pautas-europeas-tratar-CIN.pdf>.
- Collins S, Mazloomzadeh S, Winter H, Blomfield P, Bailey A, Young LS ET AL. High incidence of cervical human papillomavirus infection in women during their first sexual relationship. *BJOG.* 2002 Jan;109(1):96-8.
- Confortini M, Montanari G, Prandi Set. Raccomandazioni per il controllo di qualita' in citologia cervico-vaginale. *Epidemiol Prev* 1999; Suppl: 1-32.
- Cortés J, Martínón-Torres F, Ramón y Cajal JM, et al. Prevención primaria y secundaria de los cánceres de cuello uterino y vulva: recomendaciones para la práctica clínica. *Prog. Obstet Ginecol.* 2010;53 /supl.1):1-19.
- Davey DD, Austin RM, Birdsong G, Buck HW, Cox JT, Darragh TM et al. ASCCP Patient Management Guidelines: Pap Test Specimen Adequacy and Quality Indicators. *J Low Genit Tract Dis.* 2002 Jul;6(3):195-199 Disponible en http://www.cancer-network.de/cervical/sp_index.htm.
- Dillner J, Rebolj M, Birembaut P, Petry KU, et al. Long term predictive values of cytology and human papillomavirus testing in cervical cancer screening: joint European cohort study. *BMJ.* 2008;337: a1754.
- Elizalde B, Ugalde F, Beguiristain JM. . Análisis y revisión de los protocolos y estándares de calidad en el proceso de diagnóstico de la prevención del cancro cervical. *Osteba*; 2001. Disponible en: http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/abstracts/01-05_c.htm.
- European Cervical Cancer Prevention Board. Review of current programmes for the ECCPB. Screening programmes in selected European countries; 2005.
- European Cervical Cancer Screening Network. European Guidelines for quality assurance in cervical screening. European Cervical Cancer Screening Network; 2004.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Protocolo de diagnóstico precoz de cancro de cerviz [Internet]. Valencia: Direcció General de Salut Publica; 1995. Disponible en: http://biblioteca.sp.san.gva.es/biblioteca/publicaciones/MATERIAL/PUBLICACIONES/MAMA/CÉRVIX/PROT_CANCER_CÉRVIX.PDF.
- GISCi (Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma). Indicatori e standard per la valutazione di processo dei programmi di screening del cancro del collo dell'utero. *Manuale operativo. Epidemiologia e Prevenzione* 1999; 23(80): Suppl n°4.

- Greenspan DL, Cardillo M, Davey DD, Heller DS, Moriarty AT. Endometrial cells in cervical cytology: review of cytological features and clinical assessment. *J Low Genit Tract Dis.* 2006 Apr;10(2):111-22.
- Institut Catalá d'Oncologia. Pla Director d'Oncologia. Protocol de les activitats per al cribatge del càncer de coll uteri a l'atenció primària. Barcelona: Departamento de Salut, Generalitat de Catalunya; 2006 [acceso 2/5/2008]. Disponible en: <http://www.saveva.com/domamPlus/pub/depsalut/html/ca/dir490/index.html>.
- International Agency for Research in Cancer. European Guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. 2nd. ed. Luxemburg: Official Publications of the Communities; 2008. Disponible en: <http://bookshop.europa.eu/>.
- Koliopoulos G, Arbyn M, Martin-Hirsch P, Kyrgiou M, et al. Diagnostic accuracy of human papillomavirus testing in primary cervical screening: a systematic review and metaanalysis of non-randomised studies. *Gynecol Oncol.* 2007; 104:232-46.
- Meijer CJL, Berkhof J, Castle PE, Hesselink AT, et al. Guidelines for human papillomavirus DNA test requirements for primary cervical cancer screening in women 30 years and older. *Int J Cancer.* 2009;124:516-20.
- NHS Cervical Screening Programme. NHS, Cancer Screening Programmes. Disponible en: <http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/index.html>.
- Puig-Tintoré LM, Cortés J, Castellsague X. Prevenció del càncer de coll uterí ante la vacunació frente al virus del papiloma humano. *Prog Obstet Ginecol* 2006; 49 (2): 5-62
- Rebolj M, Bonde J, Njor SH, Lynge E. Human papillomavirus testing in primary cervical screening and the cut-off level for hybrid capture 2 tests: systematic review. *BMJ* 2011;342:d2757.
- Rijkaart DC, Berkhof J, Rozendaal L, et al. Human papillomavirus testing for the detection of high-grade cervical intraepithelial neoplasia and cancer: final results of the POBASCAM randomised controlled trial. *Lancet Oncology.* 2012 Jan; 13(1): 78-88.
- Ronco G, Rossi PG, Carozzi F, Confortini M, et al. Efficacy of human papillomavirus testing for the detection of invasive cervical cancers and cervical intraepithelial neoplasia: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* 2010 Mar;11(3):249-57.
- Saslow D, Solomon D, Lawson HW et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. *CA Cancer J Clin.*;62(3):147-72. 2012.
- Sasieni P, Adams J, Cuzick J. Benefit of cervical screening at different ages: evidence from the UK audit of screening histories. *Br J Cancer.* 2003 Jul 7;89(1):88-93.
- Sasieni P, Adams J. Effect of screening on cervical cancer mortality in England and Wales: analysis of trends with an age period cohort model. *BMJ.* 1999 May 8;318(7193):1244-5.
- Screening for Cervical Cancer: A Decision Analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. AHRQ Publication No. 11-05157-EF-1 May 2011.
- Screening for Cervical Cancer: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. AHRQ Publication No. 11-05156-EF-1. May 2011.
- Shun-Zhang Y, Miller AB, Sherman GJ. Optimising the age, number of tests, and test interval for cervical screening in Canada. *J Epidemiol Community Health.* 1982 Mar;36(1):1-10.
- Siebers AG, Klinkhamer PJ, Grefte JM, Massuger LF, Vedder JE, Beijers-Broos A,

Bulten J, Arbyn M. Comparison of Liquid-Based Cytology With Conventional Cytology for Detection of Cervical Cancer Precursors A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2009 Oct 28;302(16):1757-64.

- Walker P, Dexeus S, De Palo G. Terminology of Colposcopy: an updated report from the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. *Obstet Gynecol*. 2003;101:175-7.
- Whitlock EP, Vesco KK, Eder M, Lin JS, Senger CA, Burda BU. Liquid-Based Cytology and Human Papillomavirus Testing to Screen for Cervical Cancer: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force *Ann Intern Med*. 2011;155:687-697.
- Wright TC Jr, Massad LS, Dunton CJ, Spitzer M, Wilkinson EJ, Solomon D; 2006 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology-sponsored Consensus Conference. 2006 consensus guidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasia or adenocarcinoma in situ. *J Low Genit Tract Dis*. 2007 Oct;11(4):223-39.
- Wright TC Jr, Massad LS, Dunton CJ, Spitzer M, Wilkinson EJ, Solomon D; 2006 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology-sponsored Consensus Conference. 2006 consensus guidelines for the management of women with abnormal cervical cancer screening tests. *Am J Obstet Gynecol*. 2007 Oct;197(4):346-55.
- Wright TC, Bosch FX, Franco EL, Cuzick J, Schiller JT, Garnett GP, Meheus A. Chapter 30: HPV vaccines and screening in the prevention of cervical cancer; conclusions from a 2006 workshop of international experts. *Vaccine*. 2006 Aug 21;24 Suppl 3:S251-61.

10.- ANEXOS

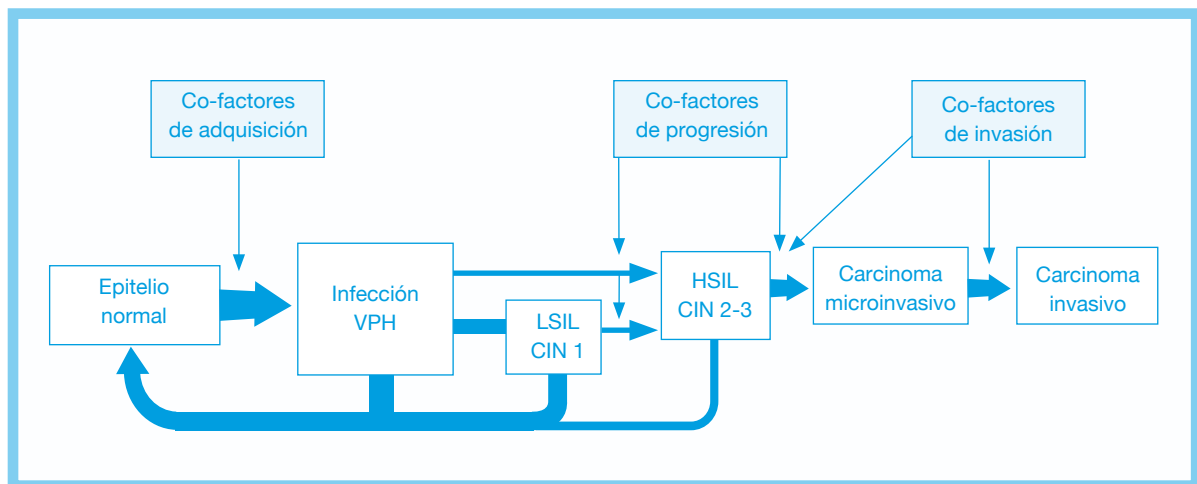
10.- ANEXO 1: ARGUMENTOS QUE XUSTIFICAN O INTERVALO DE TRES ANOS ENTRE CITOLOXÍAS CONSECUTIVAS

O cancro de colo uterino está causado pola infección persistente por certos xenotipos do virus do papiloma humano (VPH). Trátase, en realidade, dunha secuela a longo prazo dunha infección non resolta por certos xenotipos do VPH de transmisión sexual.

Nas idades de meirande actividade sexual, a prevalencia de infeccións subclínicas por VPH (presenza de ADN viral con citoloxía normal ou de cambios mínimos) pode ser de ata un 40 % da poboación feminina, cunha taxa anual de infección dun 10 -15 %.

É importante salientar que en idades novas e de maior actividade sexual a pesar de ser a infección por VPH moi frecuente, a gran maioría de mulleres infectadas (máis do 90%) resollen a infección de forma espontánea e só nunha pequena fracción de mulleres a infección persiste. É este pequeno grupo de mulleres portadoras crónicas de VPH de alto risco as que teñen un risco elevado de progresión e de desenvolver lesións neoplásicas do tracto anoxenital.

As lesións histolóxicas provocadas pola infección VPH son, cunha alta frecuencia, transitorias, autolimitadas e regresan espontaneamente á normalidade coa resolución da infección.



O grao de resolución espontánea depende da gravidade da lesión, é moi alta nas lesións de baixo grao (CIN 1) e menor nas lesións de alto grao (CIN 3).

Progresión das lesións segundo o tipo de CIN				
	Remisión espontánea	Persistencia	Progresión	Invasión
CIN 1	55%	30%	15%	1%
CIN 2	40%	30-40%	20-30%	5%
CIN 3	10%	20-40%	50-70%	>12%

Por outra banda, a progresión das lesións é moi lenta, calcúlase que, nos casos de CIN 1 só un 6% progresarán a lesións superiores nun prazo de 5 anos. Dos CIN 2 e III progresarán do 12 ao 25 %.

O obxectivo dun programa de detección precoz de cancro de cérvix é establecer a pauta máis idónea capaz de maximizar os beneficios da detección precoz minimizando os posibles efectos negativos. Estes efectos negativos concréntanse na excesiva detección de lesións de baixo grao que remitirán espontaneamente e un posible sobretratamento delas, que xera ansiedade indebida nas mulleres e un exceso de colposcopias, biopsias e efectos adversos derivados dos tratamentos innecesarios.

Un intervalo menor de tres anos (anual, por exemplo) produce poucos beneficios adicionais respecto de redución de incidencia de cancro invasivo, mentres que triplica o número de tomas de citoloxía por muller ao longo da súa vida.

The effectiveness of different screening policies. Proportionate reduction in incidence of invasive squamous cell carcinoma of the cervix uteri assuming 100% compliance (IARC, 1986).

Screening frequency	Age group	Reduction in cumulative incidence (%)	Numbers of smears per women
Every year	20-64	93	45
Every 3 years	20-64	91	15
Every 3 years	25-64	90	13
Every 3 years	35-64	78	10
Every 5 years	20-64	84	9
Every 5 years	25-64	82	8
Every 5 years	35-64	70	6
Every 10 years	25-64	64	5

A frecuencia de detección de lesións de baixo grao é inversamente proporcional ao intervalo de detección precoz de cancro de cérvix, polo que canto máis se reduce este intervalo, aumenta a frecuencia de detección de lesións que regresarían espontaneamente e que non precisarían tratamento.

O intervalo de tres anos considérase o máis adecuado xa que presenta o mellor balance beneficio/risco: dada a lenta progresión das lesións, aquelas que se inician no intervalo entre cribados e que están destinadas a progresar detectaranse aínda en fase precoz na seguinte citoloxía e doutra banda, espaciando as citoloxías reducirase a detección de lesións que se van resolver espontaneamente, reducindo o número de mulleres con risco de ansiedade indebida, sobrediagnóstico e posiblemente, sobretratamento.

O intervalo de tres anos constitúe a recomendación xeneralizada tanto a nivel do Estado español como a nivel mundial. Así se recolle no documento de consenso da Sociedade Española de Xinecoloxía e Obstetricia, a Asociación Española de Patoloxía Cervical e Colposcópica, a Sociedade Española de Citoloxía e a Sociedade Española de Anatomía Patolóxica.

Entre os organismos, asociacións, guías e programas do ámbito internacional que apoian esta periodicidade de tres anos como intervalo mínimo destacan: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, American College of Physicians, Academy of Family Physicians, o Programa de Europa contra o Cancro da Comunidade Económica Europea, a Guía europea para o control de calidade da detección de cancro de cérvix de cancro cervical, a Liga Italiana contra o Cancro, etc.

10.- ANEXO 2: DATOS QUE DEBE INCLUIR A FICHA DE SOLICITUDE PROGRAMA GALEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DO CANCRO DE CÉRVIX.

- Solicitud de citoloxía cervical
- Solicitud de detección de VPH

Motivo da solicitude:

- Programa de detección precoz de cancro de cérvix
 - Detección precoz de cancro de cérvix de rutina
 - Repetición por mostra previa Zona T tipo 2 ou 3
 - Seguimento por citoloxía previa anómala
 - Citoloxía de seguimento pos-tratamento
- Sospeita clínica

Datos de identificación:

Apellido 1:

Apellido 2:

Nome:

Procedencia:

Centro de Saúde/Hospital:

Núm. Historia Clínica:

TIS:

Idade:

Datos da mostra:

Data da toma da mostra:

Tipo de mostra:

- Dobre toma
- Outras

Datos clínicos:

Data do primeiro día da última menstruación:

Idade do inicio da menopausa:

- Embarazo
- Período posnatal (6 semanas despois do parto)
- D.I.U.

Tratamentos previos: tratamento hormonal, radioterápico, cirúrxico ou doutro tipo (especificar)

Síntomas, se os houbera:

Citoloxía previa: Si Non Non sabe

Outros datos clínicos de interese (ITS previa, informes histopatolóxicos...):

Responsable da toma (nome e apelidos):

Sinatura:

CIP:

10.- ANEXO 3: CASOS ESPECIAIS

- Adolescentes.

A realización de citoloxías de detección precoz de cancro de cérvix debe iniciarse despois dos 21 anos independentemente da idade de inicio das relacións sexuais. Polo tanto, non se recomenda detección precoz de cancro de cérvix citolóxico nin determinación de VPH en mulleres menores de 21 anos. A realización de citoloxías antes dos 21 anos non aporta beneficios e aumenta o risco de producir efectos adversos como falsos positivos, sobrediagnóstico e sobretratamento; se apesares disto se realizara, o manexo das alteracións citolóxicas debe ser conservador (ver anexo 19).

- Inmunosupresión e infección por VIH.

Recoméndase a realización de citoloxía anual e seguimento por especialista en patoloxía cervical.

- Embarazo.

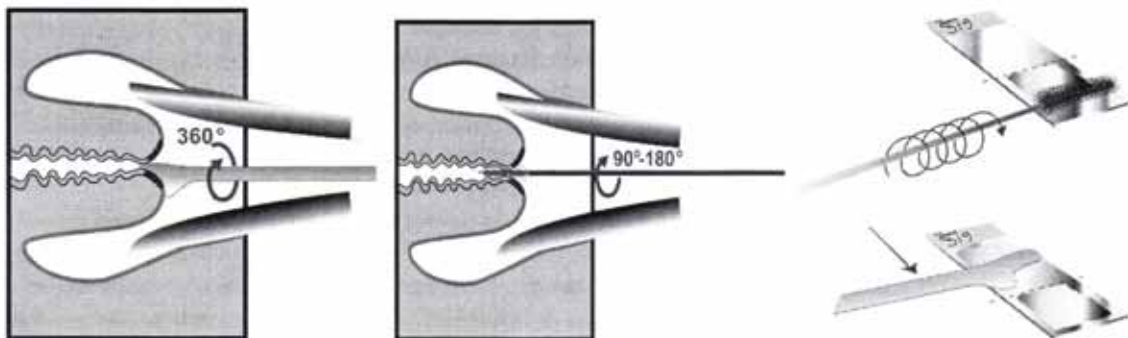
Recoméndase diferir a realización da citoloxía de detección precoz de cancro de cérvix ata despois do parto (6ª semana), sempre que haxa constancia dunha citoloxía normal nos últimos 5 anos. (Referencia European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening).

· Colposcopia no embarazo:

- O obxectivo da colposcopia é excluír enfermidade invasiva.
- O tratamento de lesións precursoras cervicais debe pospoñerse ata despois do parto.
- As mulleres con lesións citolóxicas de baixo grao nas que a colposcopia exclúe enfermidade invasiva, deben repetir a citoloxía e a colposcopia 12 semanas despois do parto.
- As mulleres con lesión citolóxica de alto grao e con colposcopia que exclúe enfermidade invasiva, deben ser vixiadas a intervalos de 12 semanas durante a xestación, cunha nova valoración ás 12 semanas posparto. A decisión de tratamento decidírase en función da valoración posparto.
- Se existe sospeita de enfermidade invasiva realizarase biopsia para realizar o diagnóstico. Se o resultado da biopsia dirixida non descarta invasión ou non é concordante coa impresión colposcópica será precisa unha biopsia excisional, realizada sempre cos medios adecuados para controlar a posible hemorraxia que se pode producir.

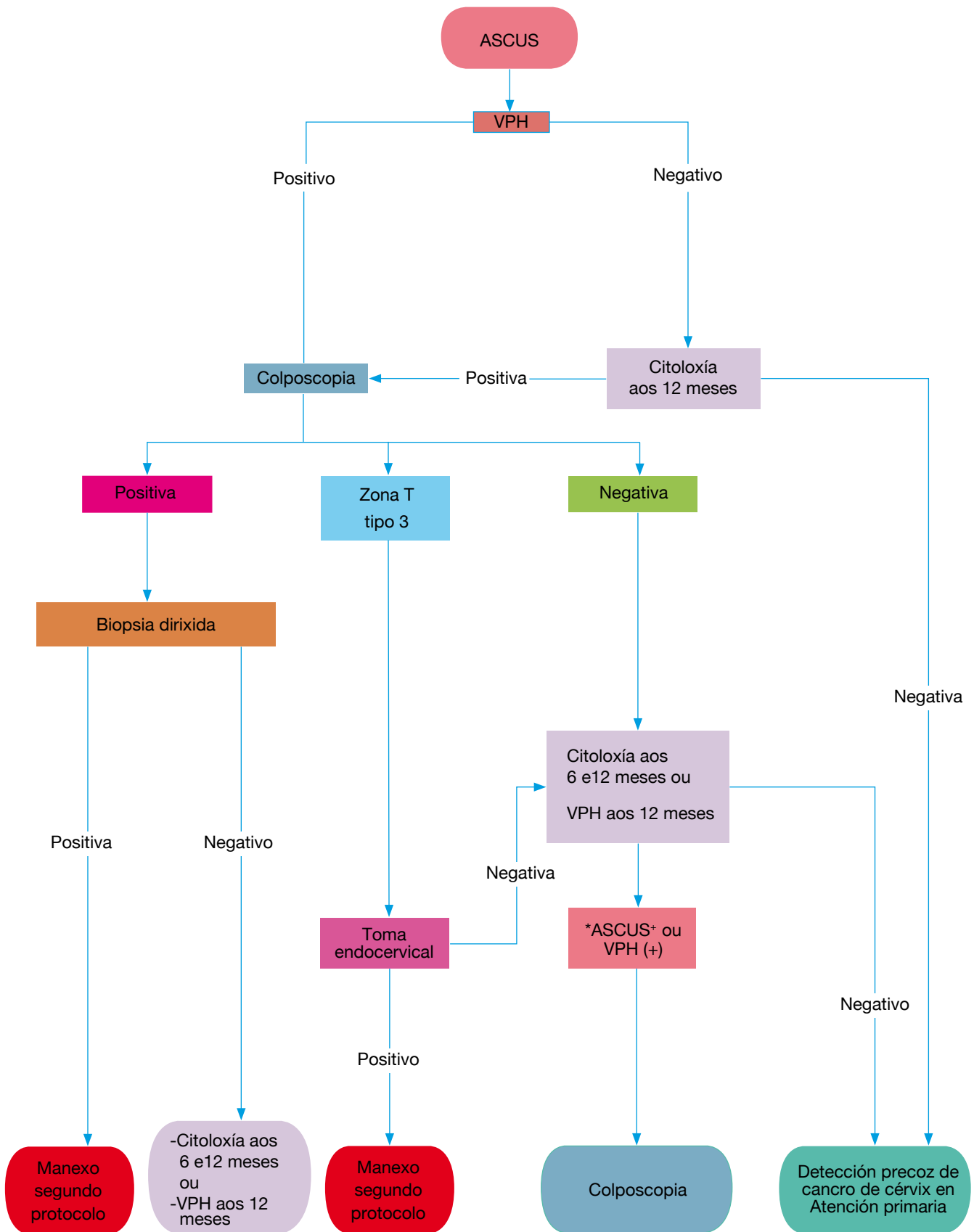
10.- ANEXO 4: PROCEDEMENTO DE TOMA DE MOSTRA

- Procedemento para toma de mostra de **citloxía convencional** con dobre toma:
 - Marcar o portaobxectos co nome, apelidos e data de nacemento da muller inmediatamente antes da toma da mostra. Material necesario: portaobxectos e lapis de grafito para etiquetar os portaobxectos.
 - Coller a espátula de tipo estendido (Aylesbury) para mostra exocervical:
 - Rotar a espátula 360° baixo unha lixeira presión
 - Despois da toma, deixar a espátula a un lado sen estendela no porta ata que non se utiliza o cepillo.
 - Coller o cepillo endocervical o Cyto-Brush:
 - Introducir o cepillo nas súas dúas terceiras partes no canal endocervical e rotar suavemente de 90-180°.
 - Rotar o cepillo inmediatamente sobre o terzo externo do porta na dirección oposta á utilizada para recoller a mostra.
 - Despois engadir o material da espátula no terzo central do porta.
 - Fixar a mostra de forma inmediata (spray fixador a unha distancia de 20 cm) asegurándose de que se cubre toda a mostra.
 - Deixar o porta en posición horizontal para que se seque (15 minutos).
 - Non refrixerar.



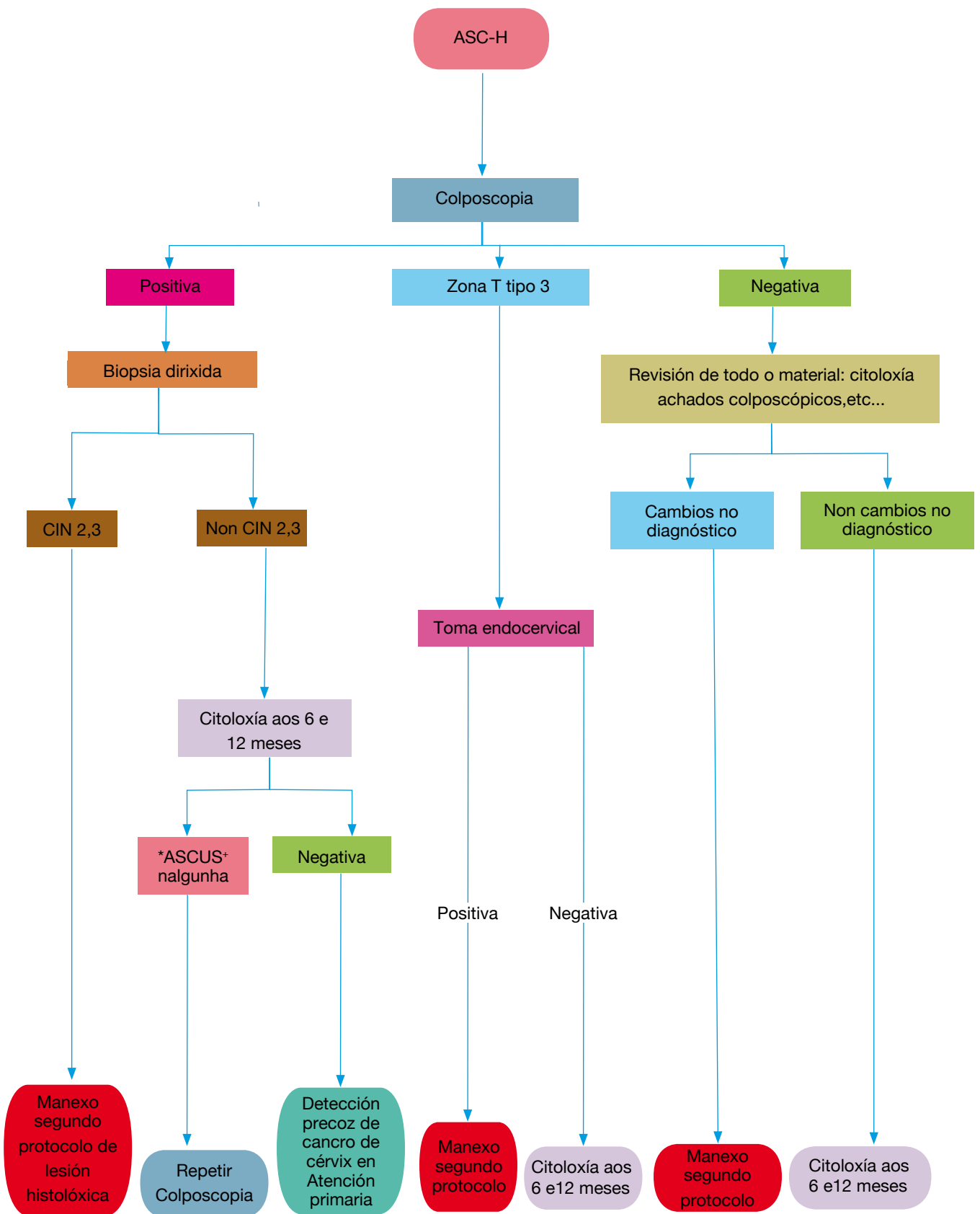
- Procedemento para toma de mostra de **citloxía de base líquida (CBL)**
 - A toma da mostra realizase da mesma maneira que na citloxía convencional. Os instrumentos para a toma da mostra (cepillos ou espátulas) que recomenda utilizar cada fabricante de dispositivos de CBL é diferente, polo que é preciso seguir as recomendacións concretas. O protocolo para depositar a mostra no vial tamén é diferente. Outro material necesario é o lapis de grafito para etiquetar os viais; viais fixadores (ThinPrep ou SurePath) que adoita incluír os cepillos para toma de mostrás.
 - **A citloxía de base líquida non ofrece vantaxes fronte a citloxía convencional con Papanicolaou en termos de detección de diferentes grados de neoplasia histoloxicamente confirmada, sensibilidade e valor predictivo positivo na detección das lesións precursoras de cancro cervical.**

10.- ANEXO 5: ALGORITMO ACTUACIÓN RESULTADO CITOLOXÍA “ASC-US”



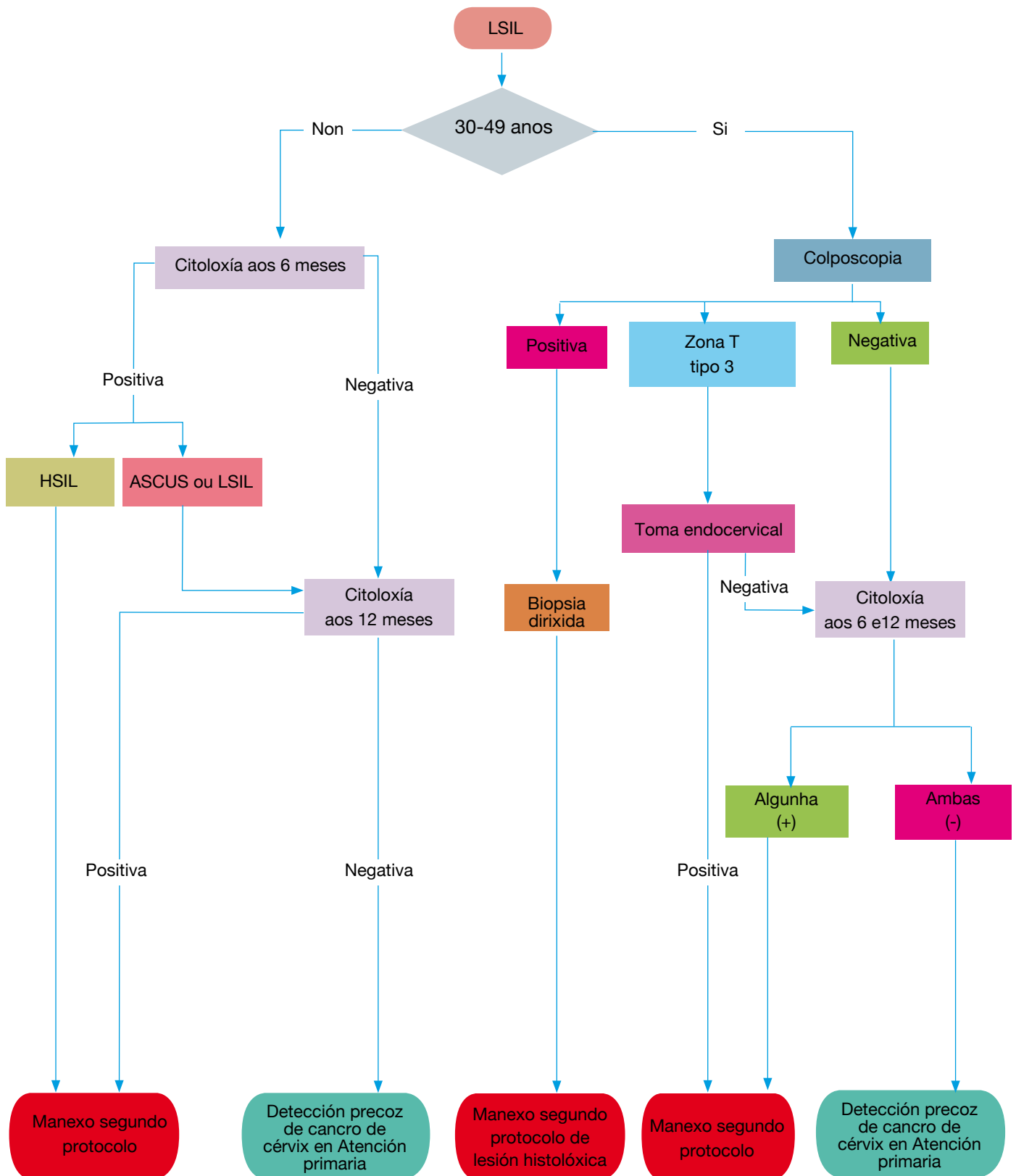
*ASCUS⁺: ASCUS, ASCH, LSIL, HSIL

10.- ANEXO 6: ALGORITMO ACTUACIÓN RESULTADO CITOLOXÍA “ASC-H”



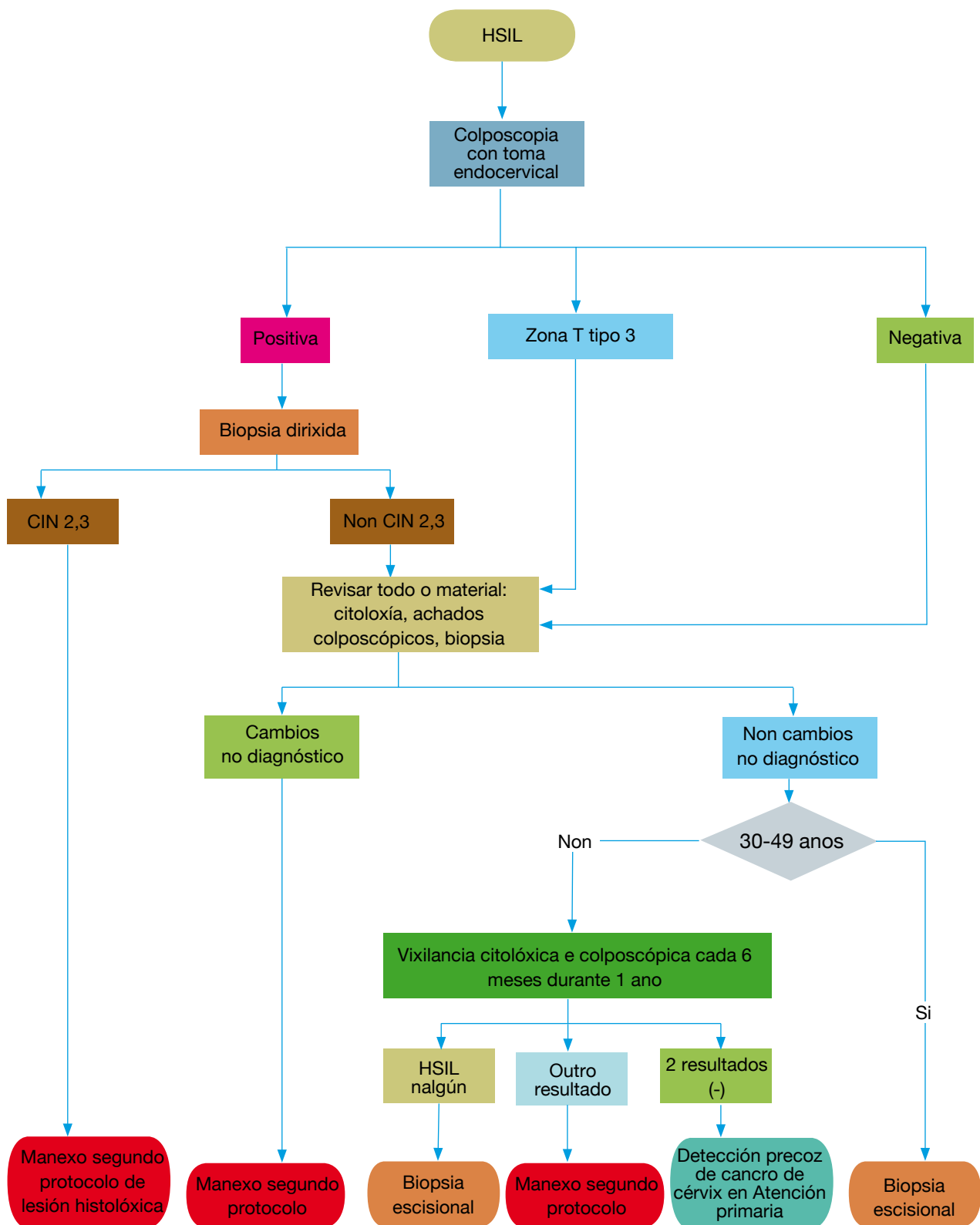
*ASCUS⁺: ASCUS, ASCH, LSIL, HSIL

10.- ANEXO 7: ALGORITMO ACTUACIÓN RESULTADO CITOLOXÍA “LSIL”

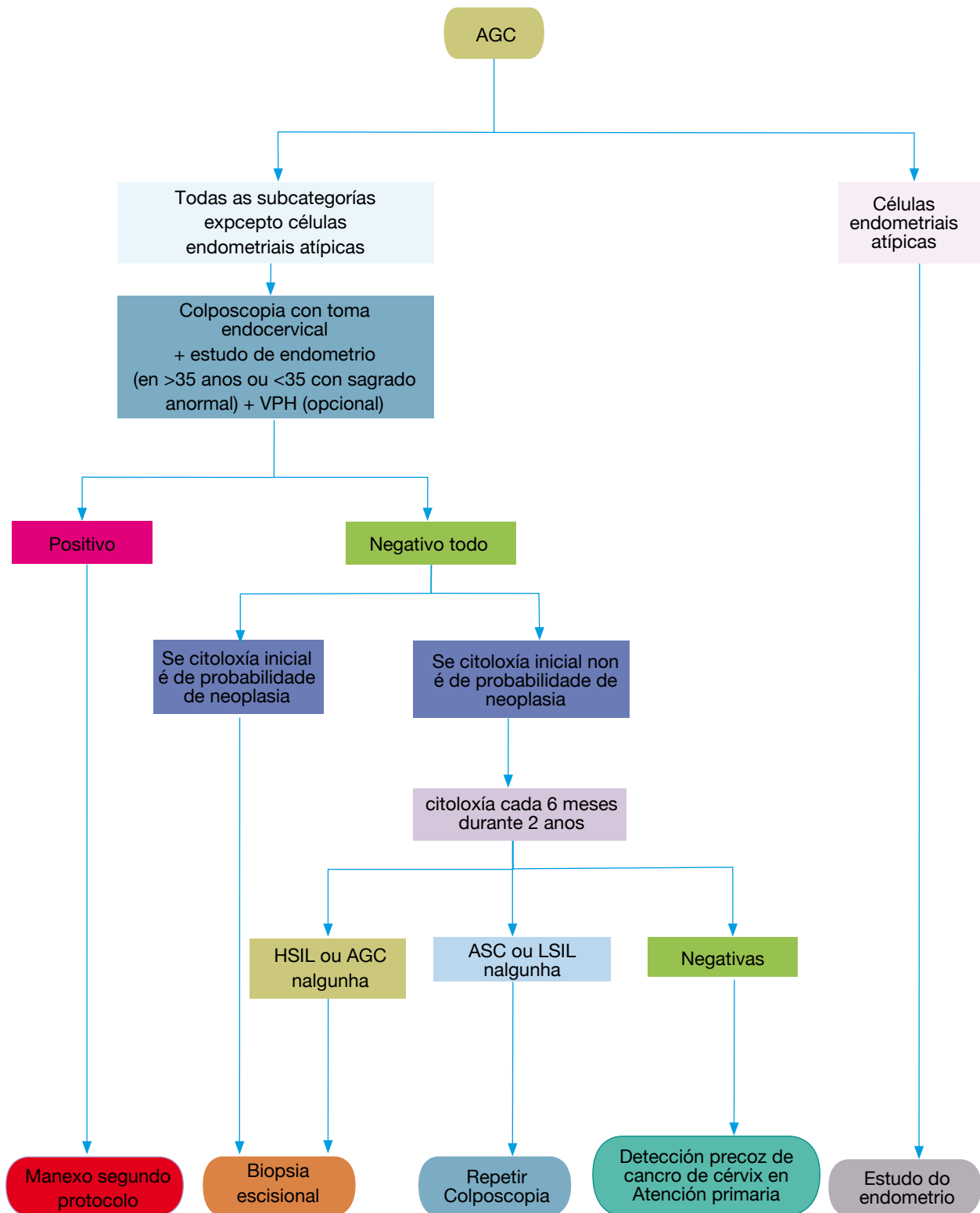


LSIL que persiste máis de dous anos: derivar a colposcopia

10.- ANEXO 8: ALGORITMO ACTUACIÓN RESULTADO CITOLOXÍA “HSIL”



10.- ANEXO 9 : ALGORITMO ACTUACIÓN RESULTADO CITOLOXÍA “AGC”



Inclúe todas as AGC (sen especificar ou probablemente neoplásicas)

10.- ANEXO 10: PROPOSTA DE CAMPOS QUE SE INCLUIRÁN NA FOLLA DE RESULTADOS DA CITOLOXÍA

PROGRAMA GALEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DO CANCRO DE CÉRVIX

Laboratorio:

Data da recepción da mostra:

Núm. de mostra:

- Solicitud de citoloxía cervical
- Solicitud de detección de VPH

Tipo de mostra

- Convencional
- Medio líquido

Datos de identificación:

Apellido 1:

Apellido 2:

Nome:

TIS:

- Identificación de citotécnico/a
- Identificación de anatomopatólogo

Procedencia da mostra. Centro Saúde/ Hospital:

Data do resultado:

Calidade da mostra

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zona T tipo 2 ou 3 para estudo | <input type="checkbox"/> Con zona T tipo 1 para estudo |
| <input type="checkbox"/> Insuficiente compoñente de células escamosas | <input type="checkbox"/> Presenza de células endocervicais/células de zona de transformación |
| <input type="checkbox"/> Fondo hemático que oculta máis do 75% das células escamosas | <input type="checkbox"/> Ausencia de células endocervicais/células de zona de transformación |
| <input type="checkbox"/> Fondo inflamatorio que oculta máis do 75% das células escamosas | |
| <input type="checkbox"/> Portaobxectos roto non reparable | |
| <input type="checkbox"/> Paciente sen identificar | |

Interpretación / resultado

- Negativo para lesión intraepitelial ou malignidade**
- Achados non neoplásicos**
- Flora**
 - Tricomonas vexinais
 - Fungos morfoloxicamente compatibles con Cándida sp.
 - Cambios na flora suxestivos de infección vexinal
 - Bacterias morfoloxicamente compatibles con Actinomyces
 - Cambios celulares morfoloxicamente compatibles con virus Herpes Simple
- Outros achados non neoplásicos**
 - Cambios reactivos celulares asociados con Inflamación (incluíndo reparación típica)
 - Radiación
 - Dispositivo Intrauterino (DIU)
 - Presenza de células glandulares post-histerectomía
 - Atrofia
- Outros**
 - Células endometriais exfoliadas en muller de 40 ou máis anos (se a mostra é "negativo para lesión intraepitelial")
- Anomalías en células epiteliais**
- Células escamosas**
 - Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US)
 - Células escamosas atípicas nas que non se pode excluír lesión escamosa intraepitelial de alto grao (ASC-H)
 - Lesión escamosa intraepitelial de baixo grao (LSIL) (inclúe cambios por HPV e CIN 1)
 - Lesión escamosa intraepitelial de alto grao (HSIL) (inclúe CIN2, CIN 3 e carcinoma in situ (CIS))
 - Carcinoma de células escamosas
- Células glandulares**
 - Células glandulares atípicas (ACG) (especificar se son endocervicais, endometriais ou sen especificar)
 - Células glandulares atípicas probablemente neoplásicas (especificar se son endocervicais ou sen especificar)
 - Adenocarcinoma endocervical in situ (AIS)
 - Adenocarcinoma
 - Endocervical
 - Endometrial
 - Extrauterino
 - Sen especificar

Actitude recomendada:

- Repetir toma por mostra Zona T tipo 2 ou 3
- Repetir toma despois de tratamento
- Outra (especificar):

Nome e sinaturado/a citotécnico/a

Nome e sinatura do/a citopatólogo/a

Resultado da detección de VPH:

- Positivo
- Negativo

Sinatura da persoa responsable

10.- ANEXO 11: TERMINOLOXÍA COLPOSCÓPICA: International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy (IFCPC)

Terminoloxía colposcópica de cérvix, IFCP, congreso mundial Río de Janeiro, 5 de xullo, 2011 (Bornstein et al. 2011).

Comité de Nomenclatura da Federación Internacional de Patoloxía e Colposcopia.

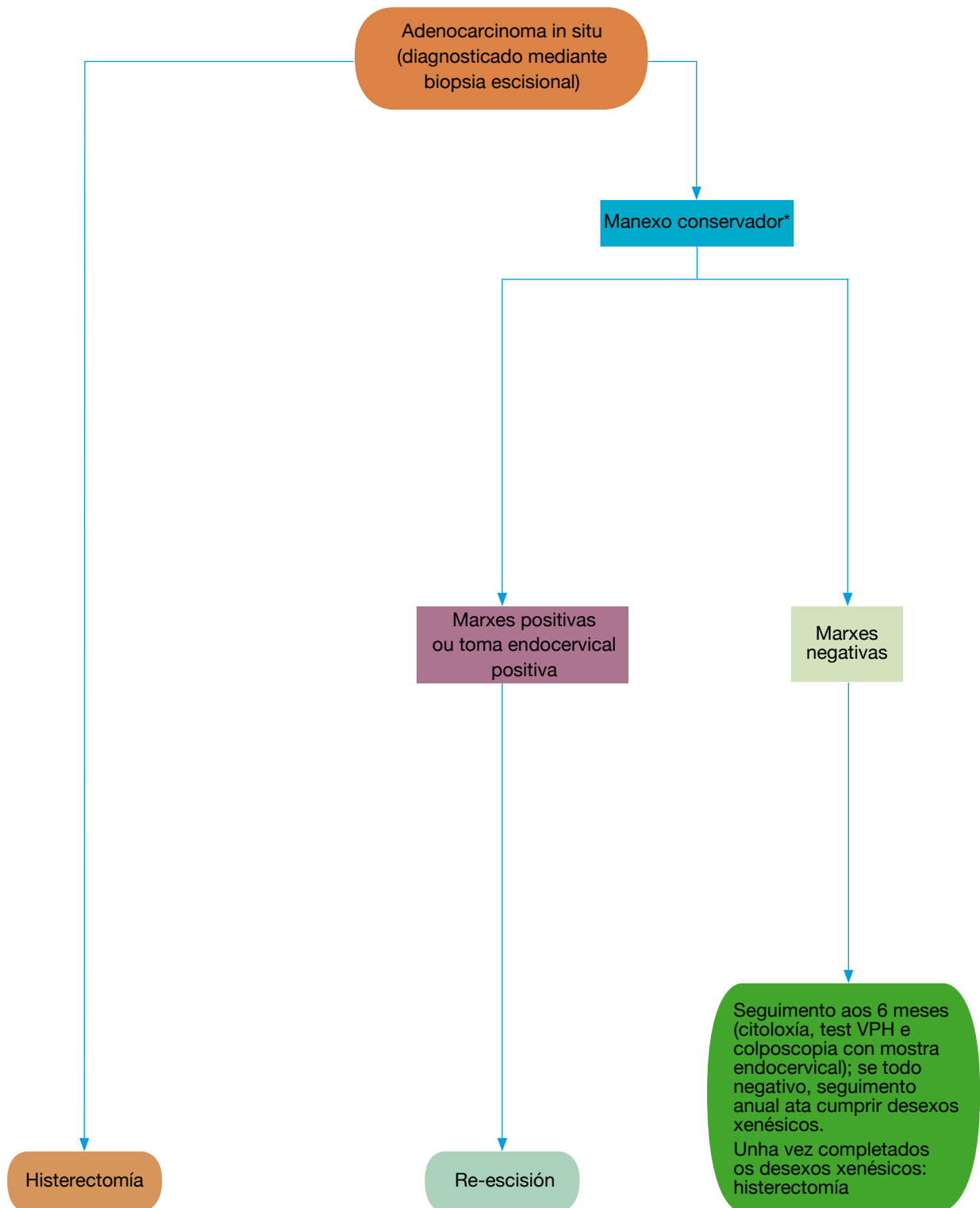
TERMINOLOXÍA COLPOSCÓPICA DEL COLO UTERINO - APENDICE DO IFCPC 2011 ¹			
AVALIACIÓN XERAL	Axeitada / non axeitada, a causa de... (por exemplo,: colo uterino non claro por inflamación, sangrado, cicatriz)		
	Visibilidade da unión escamocolumnar: completamente visible, parcialmente visible, non visible		
ACHADOS COLPOSCÓPICOS NORMAIS	Epitelio escamoso orixinal:		
	- Maduro		
	- Atrófico		
	Epitelio columnar :		
	- Ectopia		
ACHADOS COLPOSCÓPICOS ANORMAIS	Epitelio escamoso metaplásico :		
	- Quistes de Naboth		
	- Aberturas glandulares e/ou criptas glandulares		
ACHADOS COLPOSCÓPICOS ANORMAIS	Deciduosis no embarazo		
	Situación da lesión: dentro ou fóra da zona de transformación, situación da lesión segundo as agullas do reloxo. Tamaño da lesión: número de cuadrantes do colo uterino que cobre a lesión, tamaño da lesión en porcentaxes do colo uterino.		
	Grado 1 (menor)	Epitelio aceto-branco delgado, borde irregular	Mosaico fino Punteado fino
	Grado 2 (maior)	Epitelio aceto-branco denso Rápida aparición de acetobranqueamento do epitelio Orificios glandulares abertos con bordos engrosados	Mosaico grosso Punteado grosso Borde delimitado Signo do límite do bordo interno Signo de crista ou sobreelevado
Non específicos	Leucoplasia (queratose, hiperqueratose), erosión, tinción de Lugol (test de Schiller): positivo/negativo		
SOSPEITA DE INVASIÓN	Vasos atípicos Signos adicionais: fragilidade vascular, superficie irregular, lesión exofítica, necrose, ulceración (necrótica), tumoración nodular		

ACHADOS VARIOS (MISCELÁNEA)	Zona de transformación conxénita, condiloma, pólipo (exocervical / endocervical), inflamación Estenose, anomalía conxénita, anomalías post tratamento, endometriose
TIPOS DE TRATAMENTO DE ESCISIÓN	Tipo de escisión 1,2,3.
MEDIDAS DA MOSTRA DE ESCISIÓN	Longo - distancia da marxe distal / externo á marxe proximal/interno Grosor - distancia da marxe estromal á superficie da mostra extirpada Circunferencia (opcional)- o perímetro da mostra extirpada

Os cambios colposcópicos “menores” (Barcelona 2002), “as lesións de grao 1” (Río de Janeiro, 2011) ou o “mosaico fino”, “punteado fino” e unha reacción escasa ou retardada do ácido acético na súa maioría son lesións histolóxicamente benignas ou limítrofes como metaplasia ou CIN 1. Con todo, os cambios “maiores”, “lesións de grao 3” ou “mosaico grosso”, “puntillero grosso”, “bordo interno “ou o “signo de asuco “ sobre todo en combinación cunha reacción rápida e intensa á aplicación de acedo acético corresponden a CIN 2+ na histoloxía. Outros achados son leucoplaquia, vasos atípicos ou fráxiles, aperturas de criptas en boca-manga, algúns deles son indicadores de invasión.

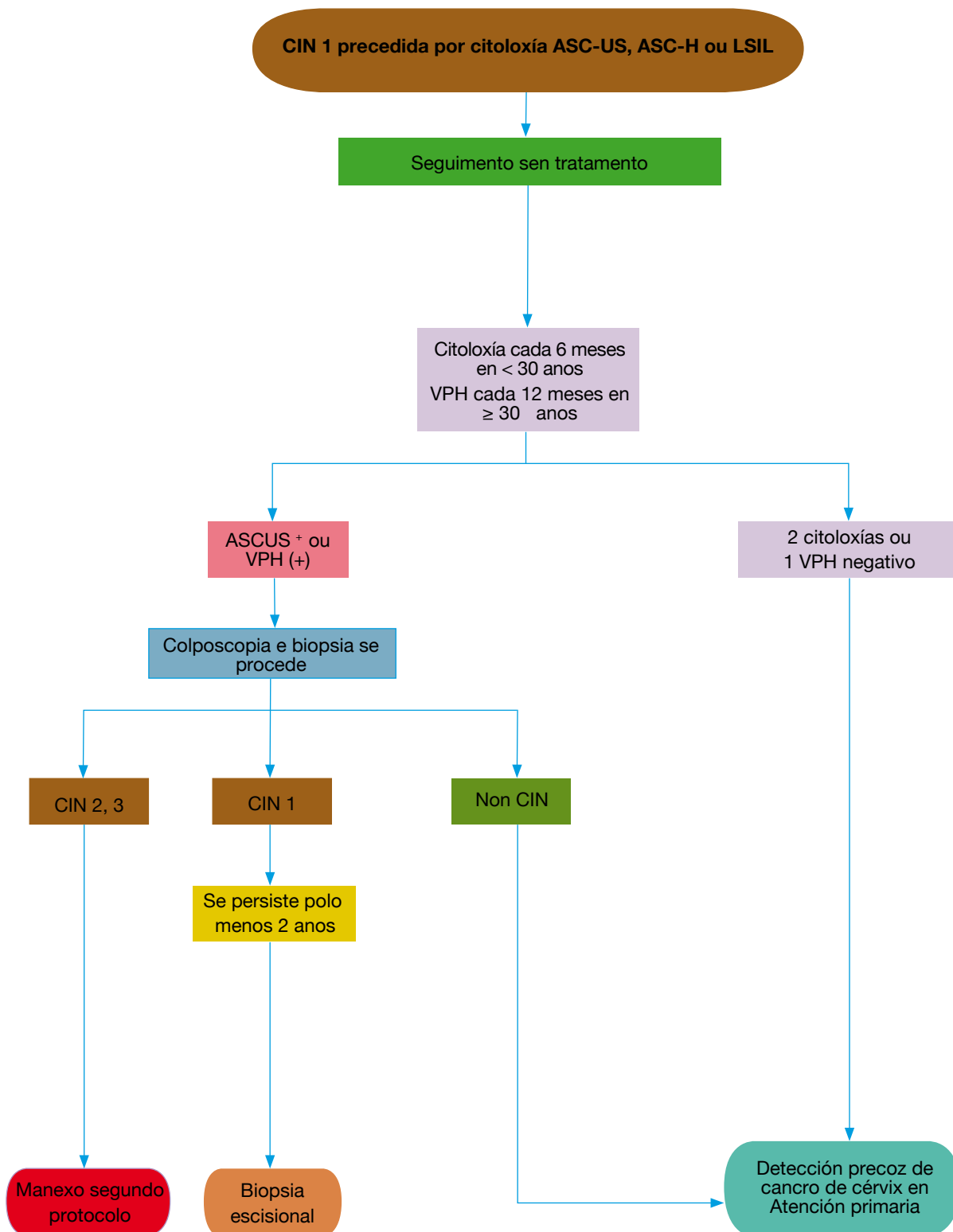
Por colposcopia outros cambios, como atrofia, erosión, pólipos, endometriose ou inflamación poden ser diagnosticados. Tómanse en conta na nomenclatura colposcópica nova. Non sempre pode visualizarse a zona T coa UEC (Unión Escamo-Columnar) adulta, ás veces o colo do útero debe ser estendido por un pequeno espéculo para a identificación da unión (zona T2). Nas mulleres posmenopáusicas en ocasións localízase a nivel alto na canle cervical (zona T3). No caso dunha citoloxía atípica, unha colposcopia con zona T3 non é adecuada. O tratamento local con estróxenos pode axudar a mellorar a visibilidade da zona T e as unións escamo-columnares.

10.- ANEXO 12: ALGORITMO ACTUACIÓN ADENOCARCINOMA IN SITU

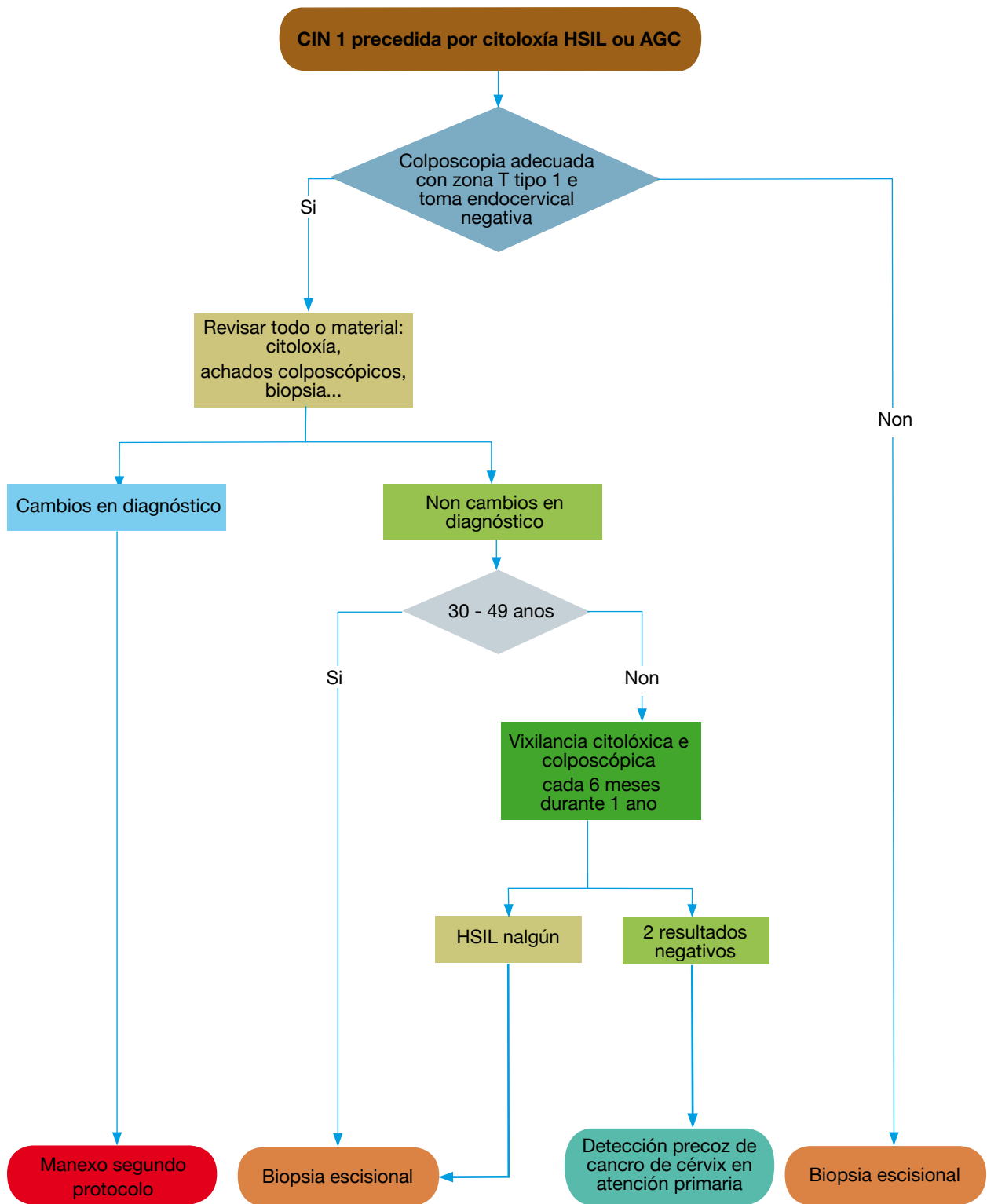


*Decisión informada en casos especiais como conservación da fertilidade.

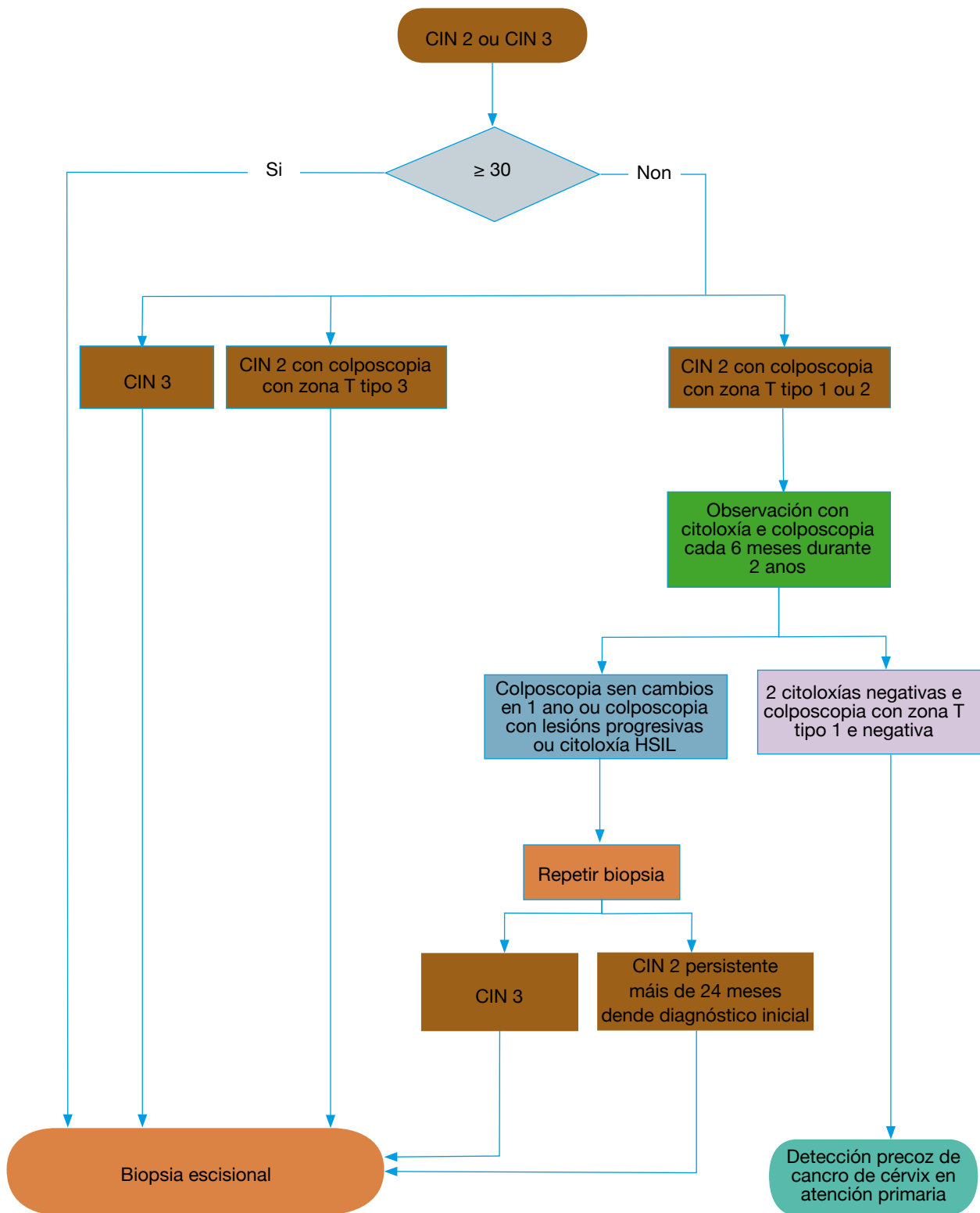
10.- ANEXO 13: ALGORITMO ACTUACIÓN NO CASO DE DIAGNÓSTICO HISTOLÓXICO DE CIN 1 PRECEDIDA POR CITOLOXÍA ASC-US, ASC-H ou LSIL



10.- ANEXO 14: ALGORITMO ACTUACIÓN NO CASO DE DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO DE CIN 1 PRECEDIDA POR CITOLOXÍA HSIL ou AGC



10.- ANEXO 15: ALGORITMO DE ACTUACIÓN NO CASO DE DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO DE CIN2 OU CIN3



Se non se especifica CIN 2 ou CIN 3, tanto a observación con citoloxía e colposcopia como tratamento son aceptables, sempre que a colposcopia fose adecuada.

10.- ANEXO 16: PAUTAS EUROPEAS PARA O TRATAMENTO DA NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL (CIN)

1. Non hai ningunha técnica cirúrxica conservadora que sexa claramente máis efectiva que outras para tratar e erradicar a neoplasia cervical intraepitelial (CIN).

2. As técnicas destrutivas soamente son axeitadas cando:

- Se pode visualizar a totalidade da zona de transformación
- Non hai evidencia de anormalidade no epitelio glandular
- Non hai evidencia de enfermidade invasiva
- Non hai discrepancia entre citoloxía e histoloxía

Evidencia: Revisión Cochrane de 28 estudos clínicos controlados e randomizados comparando as sete técnicas cirúrxicas seguintes: conización con bisturí, conización con láser, exérese da zona de transformación con asa (LLETZ), vaporización con láser, crioterapia, cauterización fría e electro-cauterización diatérmica radical. Un recente estudo clínico prospectivo e randomizado que comparaba as técnicas de exérese coas destrutivas mostrou unha porcentaxe menor de casos de CIN-2 posteriores á exérese.

3. A crioterapia debería utilizarse só para lesións de baixo grao (cambios por VPH e CIN-1), mediante a técnica de dobre conxelación.

Evidencia: A porcentaxe de curación das lesións de alto grao (CIN-2 e CIN-3) é baixa. A técnica de dobre conxelación ten menor incidencia de enfermidade residual comparada coa conxelación única.

4. Cando se utiliza o tratamento mediante técnicas de exérese, deberíase intentar por todos os medios eliminar a lesión nun só espécime. O informe histolóxico ten que rexistrar as dimensións do espécime e o estado das marxes de resección en canto á enfermidade intraepitelial ou invasiva.

Evidencia: É unha boa práctica, xa que é menos probable cometer un erro de interpretación nos espécimes ben presentados. Se mellora así a orientación da lesión dentro da peza de exérese, hai menos artefacto térmico no tecido e, en consecuencia, é máis fiable a interpretación.

5. Nas lesións ectocervicais, as técnicas de exérese deberían extirpar o tecido nunha profundidade maior de 8 mm.

Evidencia: A valoración histolóxica da profundidade de afectación dos fondos glandulares por CIN-3 mostrou unha media de 1 a 2 mm, cun máximo de 5,22 mm e unha desviación típica media +3 de 3,80 mm, (que inclúe o 99,7% dos casos).

6. Pódese seguir o protocolo de tratamento na primeira visita (see and treat) cando a revisión do propio material identifique CIN na maioría de espécimes extirpados. Isto significa que se encontra CIN en $\geq 90\%$ das pezas de exérese. Só en casos excepcionais se debería realizar un tratamento na primeira visita cando a citoloxía sexa de ASC-US ou lesión de baixo grao.

Evidencia: É práctica común tratar as mulleres na primeira visita baseándose na citoloxía e os resultados da colposcopia. Esta práctica non resulta apropiada se a proporción de espécimes libres de CIN é alta, xa que se trataría dun tratamento innecesario. As clínicas que ofrecen tratamento en primeira visita teñen que revisar a proporción de casos con CIN. Pódese acadar o obxectivo de $\geq 90\%$ seguindo un protocolo selectivo.

7. As CIN que se estenden ata as marxes de resección na exérese con asa teñen unha maior incidencia de recidiva, pero isto non xustifica repetir a exérese sempre e cando:

- se visualice toda a zona de transformación
- non haxa evidencia de anormalidade do epitelio glandular
- non haxa evidencia de enfermidade invasiva
- as mulleres sexan menores de 50 anos

Evidencia: Demostrouse que as CIN que se estenden ata as marxes dunha exérese con asa (LLETZ) constitúen un factor de risco para a recidiva da CIN tanto a curto como a longo prazo. Este risco é debido principalmente á presenza de CIN na marxe endocervical. A pesar dun aumento na incidencia de recidiva, a maioría de mulleres dos estudos citados non mostran evidencia de enfermidade residual e recoméndase que se sometan a unha colposcopia e unha citoloxía na primeira visita de seguimento e, se resultan negativas, a unha citoloxía anual nos cinco anos seguintes.

8. As mulleres maiores de 50 anos cunha exérese incompleta da CIN na marxe endocervical, mediante LLETZ, terían que repetir a exérese para intentar obter marxes negativas.

Evidencia: Nunha serie de 3.426 procedementos LLETZ, as mulleres de idade ≥ 50 con CIN nas marxes de exérese constituíron un grupo minoritario de alto risco. Propúxose que estas mulleres recibisen tratamento en lugar de seguimento.

9. As mulleres con adenocarcinoma in situ ou atipia de células glandulares poden ser sometidas a unha exérese local, se desexan seguir fértiles. A exérese incompleta na marxe endocervical require un procedemento de escisión adicional, para obter marxes negativas e excluír a posibilidade de enfermidade invasora oculta.

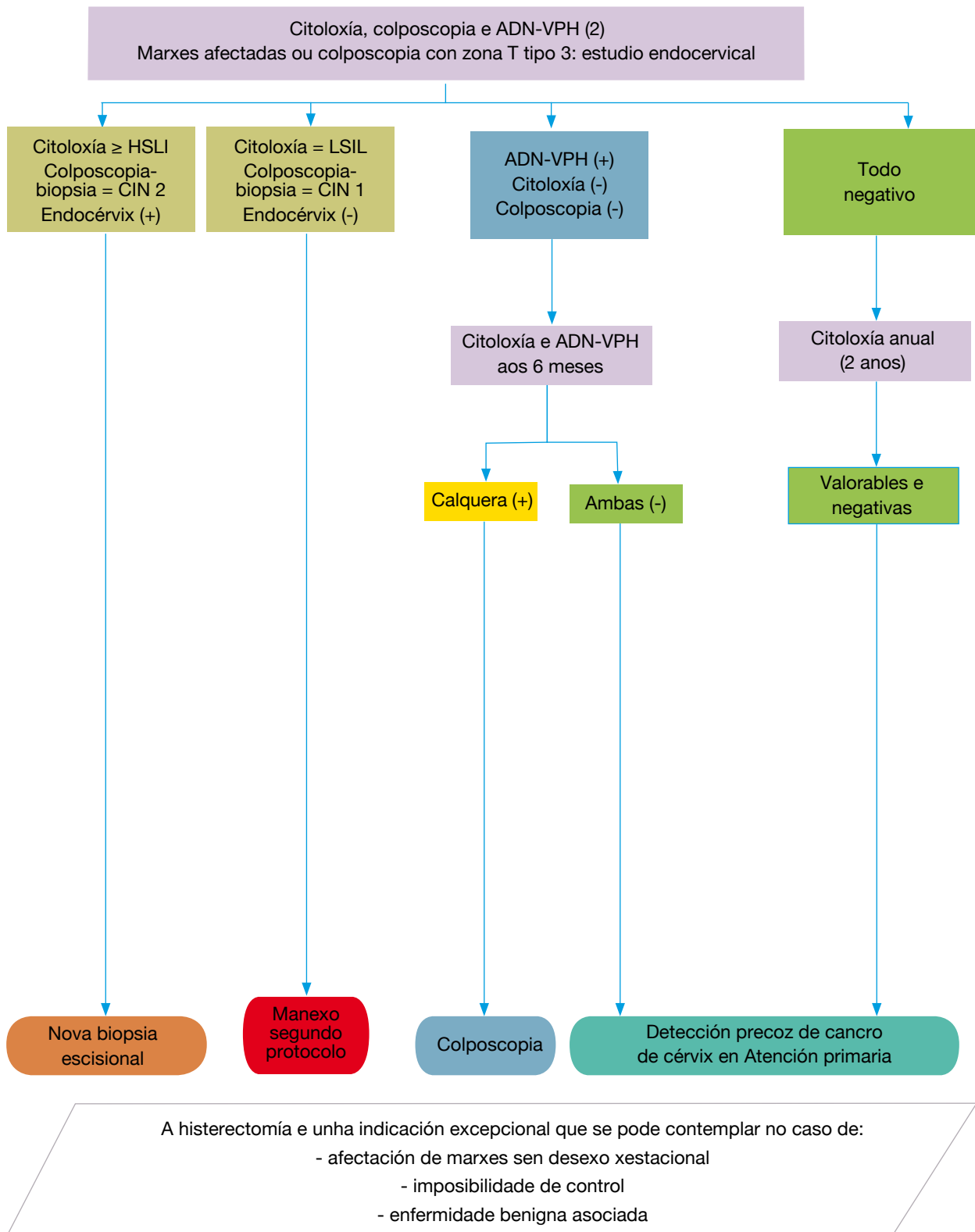
Evidencia: Varios estudos demostraron que as mulleres con adenocarcinoma in situ con marxes negativas poden recibir tratamento conservador. Un estudo indica que ata un 15% destas mulleres requiren tratamento adicional durante catro anos seguintes debido a anomalías citolóxicas recorrentes.

10. O cancro escamoso microinvasivo en estadio FIGO Ia1 pode tratarse mediante técnicas de exérese se:

- As marxes de escisión están libres de CIN e enfermidade invasiva. Se se extirpa a lesión invasiva pero a CIN se estende ata a marxe do corte, debe realizarse unha nova exérese co fin de confirmar a eliminación da CIN e excluír toda posible invasión. Esta conduta debe seguirse incluso se se planea unha histerectomía, para descartar unha enfermidade invasiva oculta que requirise cirurxía radical.
- Un patólogo especializado en xinecoloxía examinou a histoloxía.

Evidencia: Diversos estudos propoñen tratamento conservador para o cancro en estadio FIGO Ia1. Resulta ben coñecida a variación no diagnóstico histolóxico da enfermidade microinvasiva e todos os casos deberían ser examinados por un patólogo independente interesado na patoloxía xinecolóxica.

10.- ANEXO 17: ALGORITMO DE SEGUIMIENTO POS-TRATAMIENTO DE CIN (1)



(1) Seguimento postratamento de CIN. Primeiro control: aos tres meses con marxes afectadas e aos 6 meses con marxes libres.

(2) O ADN-VPH non se debe realizar antes dos 6 meses, non existe evidencia para avaliar o uso do xenotipado de VPH 16 e 18 no seguimento postratamento das lesións CIN⁺

10.- ANEXO 18 - GLOSARIO TERMINOLÓXICO: EXPLICACIÓN DOS PRINCIPAIS TERMOS EMPREGADOS NA GUÍA

Lesións citolóxicas:

O sistema Bethesda foi proposto por primeira vez en 1988 como un modelo de interpretación da citoloxía cervical. O obxectivo era unificar a terminoloxía e, desta forma, mellorar o manexo das pacientes. Tras varios anos de pilotaxe, o sistema foi avaliado en 1991 e modificado de novo máis tarde nunha conferencia internacional de consenso no ano 2001. O sistema vixente é o maioritariamente empregado a nivel mundial e o que se recomenda para Europa nas Guías Europeas de Garantía de Calidade en Cribado Cervical.

O Sistema Bethesda 2001 consta dos seguintes apartados:

- 1. Calidade da mostra:

As guías europeas e o Sistema Bethesda establecen que o informe de citoloxía debe xulgar a calidade da mostra e indicar se a mostra se considera ou non con zona T tipo 1.

É inevitable que algunhas mostras sexan Zona T tipo 2 ou 3 para a avaliación, sexa por que existan poucas células ou estas estean mal fixadas ou ocultas por sangue ou exudado. O citólogo debe recoller o motivo da súa avaliación como con zona T tipo 1 ou non con zona T tipo 1.

A avaliación dunha mostra como non con zona T tipo 1 implica a necesidade de repetir a toma de citoloxía.

- 2. Categorización xeral:

Trátase dunha categoría opcional aínda que útil. As principais categorías son:

1. Negativo para lesión epitelial ou malignidade
2. Anomalías en células epiteliais
3. Outros achados non neoplásicos

- 3. Interpretación/resultados:

1. Negativo para lesión intraepitelial ou malignidade.
2. Achados non neoplásicos ou alteracións benignas.
3. Anomalías en células epiteliais:

a) Anomalía en células escamosas:

Existen amplas diferenzas terminolóxicas nos diferentes sistemas de clasificación para describir o espectro dos cambios celulares precancerosos (que se describían antes como displasia leve, moderada e severa e carcinoma in situ), que se correlacionan bastante coas neoplasias cervicais intraepiteliais ou CIN (cervical intraepithelial neoplasia) de grao 1, 2 e 3. O espectro displasia/CIN simplificouse no Sistema Bethesda en dúas subcategorías: lesión intraepitelial de baixo grao ou LSIL (low-grade squamous intraepithelial lesion) e lesión intraepitelial de alto grao ou HSIL (high-grade squamous intraepithelial lesion).

O termo CIN debe ser utilizado para a categorización das lesións en histoloxía (tras biopsia) e non para clasificación de anomalías citolóxicas.

- LSIL ou lesión intraepitelial de baixo grao:

LSIL inclúe os cambios que se sabe que están asociados con infección por VPH (virus do papiloma humano). LSIL non pode discriminar as infeccións transitorias por VPH, o que significa que estas lesións precisan ser vixiadas para identificar a minoría que progresarán a lesións de alto grao. LSIL en citoloxía corresponde ao diagnóstico histolóxico de CIN1.

- HSIL ou Lesión intraepitelial de alto grao:
HSIL en citoloxía corresponde ao diagnóstico histolóxico de CIN1, CIN 2 ou CIS (carcinoma “in situ”).
- Carcinoma de células escamosas:
O diagnóstico de cancro invasivo require biopsia pero pódense detectar cambios citolóxicos que suxiren a posibilidade de invasión. O Sistema Bethesda recoñece a importancia de notificar estes cambios como unha categoría separada para o cancro invasivo máis frecuente (carcinoma de células escamosas) ou para aqueles cambios nos que o tipo de células non é evidente.
- ASC ou Células escamosas atípicas (Atypical / borderline squamous cells):
Na práctica, con todos os sistemas de clasificación, o resultado ASC é moi frecuente, aínda que debería ser reservado para os casos nos que existe unha xenuína dúbida sobre se os cambios que se observan son de tipo reactivo ou neoplásico.
A maioría destes cambios son moi parecidos ás lesións de baixo grao (LSIL) e descríbense no Sistema Bethesda como células escamosas atípicas de significado indeterminado ou ASC-US (atypical squamous cells of undetermined significance). Esta categoría está asociada nun 10% aproximadamente a un diagnóstico histolóxico de CIN 2, 3 na biopsia. A taxa de ASC-US non debería pasar o 3% das mostras. Os cambios reactivos asociados a inflamación non deben incluírse nesta categoría.
- ASC-H ou Células escamosas atípicas nas que non se exclúe alto grao (Atypical squamous cells – high-grade not excluded):
ASC-H é un subgrupo de ASC nas que os cambios son sospeitosos de HSIL e ocasionalmente de cancro. Emprégase ás veces cando a cantidade de células anómalas é tan pequena que o diagnóstico é incerto.
Este termo non debe aplicarse a máis do 5-10% das alteracións ASC e adoita estar asociado con alta frecuencia a CIN 2 ou 3 confirmadas por biopsia. A utilización deste termo debe ser monitorizada e controlada para evitar que se aplique a anomalías recoñecibles como HSIL.

b) Anomalía en células glandulares:

As lesións glandulares son menos frecuentes que as escamosas pero constitúen un grupo importante, xa que son menos detectables en citoloxía e máis difíciles de recoñecer na colposcopia.

- ACG ou Células glandulares atípicas (Atypical / borderline changes in glandular cells):
Ao igual que cos cambios nas células escamosas, hai algúns casos nos que se notifica a aparición de cambios nas células glandulares de significado equívoco, aínda que a relativa rareza da neoplasia glandular fai que isto sexa pouco frecuente.

Os cambios en células glandulares son diversos e, sempre que sexa posible, o resultado debe distinguir entre cambios que son probablemente endometriais ou endocervicais.

Ás veces, por exemplo, en presenza dun DIU, os cambios atípicos ou dubidosos en células glandulares poden considerarse como probablemente benignos e podería recomendarse repetir a citoloxía de forma precoz e proceder ao diagnóstico se persisten na segunda citoloxía. Por outra banda, se estes cambios suxiren que son probablemente neoplásicos pero non son suficientes para un diagnóstico firme, o Sistema Bethesda propón clasificalos como “Células glandulares atípicas probablemente neoplásicas”. Este concepto está mal definido dende o punto de vista morfolóxico e a observación de células glandulares atípicas asóciase a miúdo con neoplasia subxacente ou cancro, o que xustifica a recomendación de investigar sempre a presenza de células glandulares atípicas.

- AIS ou adenocarcinoma endocervical “in situ”:

- Adenocarcinoma:

Do mesmo xeito que ocorría co carcinoma de células escamosas, o diagnóstico de invasión require unha biopsia, pero en ocasións poden detectarse cambios citolóxicos que suxiren adenocarcinoma invasivo. Pode ser posible diferenciar os cambios citolóxicos suxestivos de adenocarcinoma endometrial ou extrauterino dos que suxiren adenocarcinoma endocervical e esta distinción debe reflectirse no resultado da citoloxía.

c) Outros cambios celulares:

A categoría “Outros” propónse para clasificar mostras sen anomalías morfolóxicas pero nas que se aprecian células endometriais aparentemente benignas, en mulleres de 40 ou máis anos. A súa presenza indica un maior risco de cancro endometrial e, polo tanto, requírese estudo endometrial.

Lesións histolóxicas:

A seguinte terminoloxía debe empregarse tras estudo histolóxico dunha mostra de tecido ou biopsia.

- *CIN ou neoplasia cervical intraepitelial (cervical intraepithelial neoplasia):*

Trátase de lesións pre-invasoras que se caracterizan pola presenza de células neoplásicas na espesura do epitelio, superficial ou glandular, sen compromiso máis alá da membrana basal ou do espazo vascular linfático.

Estas lesións clasifícanse en tres grupos, segundo a súa gravidade:

- CIN 1: As células atípicas limítanse ao terzo inferior do epitelio, mentres que os dous terzos superiores son normais, con aplanamento de células, que se ven ben diferenciadas.
- CIN 2: As células atípicas ocupan os dous terzos inferiores do epitelio, mentres que o terzo superior é normal.
- CIN 3: As células atípicas ocupan todo o espesor do epitelio, e hai abundantes mitoses en toda a zona. Non hai diferenciación nin maduración celular.

Outras definicións:

- *Colposcopia:*

Método que permite a visualización directa do colo e da zona de transición, a través dun microscopio binocular que amplía a imaxe.

A súa meirande utilidade radica na obtención de biopsia dirixida en pacientes seleccionados por citoloxía alterada.

É un método estereotáctico óptico binocular para unha mellor visualización da superficie do tegumento e da mucosa do tracto xenital inferior feminino. Recientemente, unha nova tecnoloxía cun sistema óptico endoscópico (VITOMR) creouse para ver a zona T (de transformación) do colo uterino cunha gran ampliación e a mesma calidade que un colposcopio convencional. Pódense diagnosticar non só as lesións precancerosas do colo uterino (CIN) ou cancro invasor precoz do colo uterino por medio da colposcopia, se non tamén os achados benignos (pólipos, endometriosis), as desviacións da mucosa e do estroma funcionais e os cambios hormonais durante a infancia, adolescencia, idade reprodutiva e a postmenopausia tardía.

Defínese colposcopia positiva:

En mulleres <30 anos: cambios maiores na colposcopia.

En mulleres ≥30 anos: cambios menores ou maiores na colposcopia.

