

proceso
asistencial
integrado

cáncer de cérvix



proceso
asistencial
integrado

cáncer de cérvix

CÁNCER de cérvix: proceso asistencial

Integrado/autoría, Rafael Torrejón Cardoso

(coord.); Calero Fernández, Matilde Rita...[et al.]...[Sevilla]: Consejería de Salud, 2010

145 p.: 24 cm + 1 CDROM

1. Neoplasia del cuello uterino 2. Calidad de la atención de salud I. Torrejón Cardoso, Rafael II. Calero Fernández, Matilde Rita III. Andalucía. Consejería de Salud

WP480

2ª edición, noviembre 2010

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO CÁNCER DE CÉRVIX

EDITA: Junta de Andalucía. Consejería de Salud

ISBN: 978-84-693-8138-0

DEPOSITO LEGAL: SE 7822-2010

Autoría

COORDINADOR:

RAFAEL TORREJÓN CARDOSO

Médico. Ginecólogo. Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

CALERO FERNÁNDEZ, MATILDE RITA

Médica de Familia. Sº de Calidad y Procesos. D. Gral. de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

CARLOS GIL, ANA MARÍA

Médica de Familia. Responsable de Coordinación de Proyectos. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Junta de Andalucía.

CORREA GENEROSO, RAQUEL

Médica. Facultativa Especialista de Área Oncología Radioterápica. Sº de Oncología Radioterápica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

DEL RÍO URENDA, SUSANA

Enfermera. Apoyo Metodológico de la Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Sevilla.

DOTOR GRACIA, MARISA

Responsable de Calidad, Procesos y Seguridad. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Sevilla.

FERNÁNDEZ MUÑOZ, ANA

Enfermera EBAP. Centro de Salud Medina Sidonia. Cádiz.

FIOL RUIZ, GABRIEL

Médico Ginecólogo. Jefe del Sº de Obstetricia y Ginecología. Hospital Torrecárdenas. Almería.

GONZÁLEZ HERMOSO, CARLOS

Médico. Anatomopatólogo. Director Área Integrada de Gestión de Laboratorios Clínicos. E. P. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga.

GORDÓN SANTIAGO, MARÍA DEL MAR

Médica. Facultativa Especialista de Área Oncología Médica. Hospital de Jerez. Cádiz.

LÓPEZ HIDALGO, MARÍA LUZ

Médica. Ginecóloga. Jefe de Sº de Ginecología y Obstetricia. Hospital Infanta Elena. Huelva.

MAAÑÓN DI LEO, JOSÉ CLAUDIO

Médico. Ginecólogo. Director Área Integrada de Gestión. Sº de Ginecología y Obstetricia. E. P. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga.

MARTÍN GUTIÉRREZ, ANTONIO

Médico. Ginecólogo. Jefe de Sº Ginecología y Obstetricia. Director Unidad de Gestión Clínica. Hospital de Jerez. Cádiz.

MARTÍN LÓPEZ, ESTHER

Médica de Familia. Técnica Evaluadora de Tecnologías Sanitarias. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Junta de Andalucía.

MONTSERRAT JORDÁN, JOSÉ ÁNGEL

Médico. Ginecólogo. Facultativo de Área. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

ORTEGA DEL MORAL, AMPARO

Médica de Familia. Coordinadora de Formación e Investigación. Distrito Sanitario de Atención Primaria Granada.

ORTIZ MARTÍ, FRANCISCO

Médico de Familia. Sº de Calidad y Procesos. D. Gral. de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud.

PALOMEQUE FUENTES, FRANCISCO

Médico. Ginecólogo. Facultativo Especialista de Área. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

QUIROGA ALONSO, MARÍA VICTORIA

Médica de Familia. C. de Salud Los Bermejales. Sevilla.

RAS LUNA, JAVIER

Médico de Familia. Asesor Técnico de la Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Sevilla.

TORRES GARCÍA, LUIS MANUEL

Médico. Ginecólogo. Facultativo Especialista de Área. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Materno Infantil de Granada.

VALDÉS PLANES, MARÍA EUGENIA

Enfermera. Sº de Obstetricia y Ginecología. E. P. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga.

VARGAS LAZCANO, ANTONIO JOSÉ

Médico. Ginecólogo. Facultativo Especialista de Área. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no tienen intereses que puedan competir con el interés primario y los objetivos de este documento ni influir en su juicio profesional al respecto

Colaboradores:

Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitarias de Andalucía (AETSA)

Pilar Brea Rivero (ACSA)

Teresa Molina López, Carlos Fernández Oropesa (SAS)

Revisión Externa:

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA)

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA)

Servicio Andaluz de Salud (SAS)

Sociedades Científicas: SAGO, SAMFYC, SEMG-ANDALUCIA, ASANEC, ASENHOA, SAC, SEAP.

Presentación

La Gestión por Procesos es una herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen ciudadanas, ciudadanos y profesionales, e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones en salud hasta lograr un grado de homogeneidad óptimo.

Se trata pues, de impulsar un cambio en la organización basado en la fuerte implicación de profesionales y en su capacidad de introducir la idea de mejora continua de la calidad, y de llevarlo a cabo desde un enfoque centrado en la persona, el paciente, usuario/a y su entorno familiar.

Cuando nos referimos a la Gestión por Procesos en Andalucía estamos aludiendo a un abordaje integral de cada uno de los problemas de salud definidos y ello conlleva el reanálisis de las actuaciones desde que una persona demanda asistencia hasta que ésta termina. En este contexto, la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se convierten en elementos esenciales.

Cada una de las publicaciones que se presentan recogen el fruto del importante esfuerzo que ha realizado la organización sanitaria pública de Andalucía, y en especial las y los profesionales que prestan la asistencia, por analizar como se están realizando las cosas, y sobre todo, cómo deberían hacerse, creando una propuesta de cambio razonable, coherente, innovadora y abierta.

Por todo ello, queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento al numeroso grupo de profesionales que han hecho posible que podamos contar con un Mapa de Procesos del Sistema Sanitario Público de Andalucía, que se está desarrollando e implantando de forma progresiva, y que es sin duda, el referente para instaurar una mejor práctica asistencial y avanzar en la idea de mejora continua de la calidad en nuestras organizaciones sanitarias.

Carmen Cortes Martínez

Directora General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento

Índice

1	Introducción	→9
2	Definición	→13
3	Expectativas	→15
4	Descripción general del Proceso Asistencial Integrado (PAI) Cáncer de Cérvix	→17
5	Componentes: Profesionales. Actividades. Características de calidad	→19
6	Competencias del Equipo de profesionales en el PAI Cáncer de Cérvix	→41
7	Recursos y Unidades de soporte específicos	→47
8	Representación gráfica del PAI:	→53
	8.1 Representación global	→54
	8.2 Representación específica	→55
9	Indicadores	→61

10	ANEXOS	→73
	Anexo 1: Hoja de ruta de la paciente	→75
	Anexo 2: Informes citológicos según clasificación Bethesda (2001)	→77
	Anexo 3: Conducta a seguir en las citologías anormales	→81
	Anexo 4: Clasificación hallazgos colposcópicos, Barcelona 2002	→85
	Anexo 5: Pauta a seguir en dependencia de los hallazgos colposcópicos	→89
	Anexo 6: Informe anatomopatológico de muestras quirúrgicas con neoplasias cervicales intraepiteliales/carcinoma de cuello uterino	→91
	Anexo 7: Propuesta diagnóstica y terapéutica en función resultado anatomo-patológico de la biopsia de cuello uterino	→101
	Anexo 8: Clasificación Sociedad Americana de Anestesiología	→105
	Anexo 9: Pautas generales del tratamiento y seguimiento de las neoplasias cervicales intraepiteliales	→107
	Anexo 10: Sistema de estadificación del cáncer de cuello de útero	→111
	Anexo 11: Tratamiento del cáncer de cuello uterino	→115
	Anexo 12: Tratamiento adyuvante postoperatorio	→123
	Anexo 13: Seguimiento post-tratamiento	→125
	Anexo 14: Tratamiento de las recidivas locales y de la enfermedad metastásica	→129
	Anexo 15: Herramientas relacionadas con el PAI	→133

11	Acrónimos	→135
-----------	------------------	-------------

12	Bibliografía	→139
-----------	---------------------	-------------



Introducción

En España la incidencia de cáncer de cuello uterino se halla en el segmento bajo europeo, con una tasa poblacional media de 7,6 x 100.000 mujeres/año según los datos comunicados por los registros de Cáncer Españoles (Albacete, 1998-2001; Asturias, 1996-2000; País Vasco 1998-2001; Islas Canarias 1997-2001; Cuenca 1998-2002; Gerona 1998-2002; Granada 1998-2002; Murcia 1997-2001; Navarra 1998-2002; Tarragona 1998-2002; Zaragoza 1996-2000), a la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC) dependiente de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.)⁽¹⁾

La incidencia más alta ha sido comunicada por el registro de Asturias (11,5 x 100.000 mujeres/año; tasa ajustada por edad: 7,1 x 100.000 mujeres/año) y la más baja por el de Zaragoza (6,5 x 100.000 mujeres/año; tasa ajustada por edad: 4,1 x 100.000 mujeres/año).

El registro de Granada ha comunicado a partir de datos obtenidos en el periodo comprendido entre 1998 y 2002 una incidencia de 8,1 x 100.000 mujeres/año (tasa ajustada por edad: 6,0 x 100.000 mujeres/año). La distribución por edades ha sido la siguiente:

- 35-39 años: 14,5 x 100.000 mujeres/año
- 40-44 años: 18,9 x 100.000 mujeres/año
- 45-49 años: 16,7 x 100.000 mujeres/año
- 50-54 años: 14,8 x 100.000 mujeres/año
- 55-59 años: 10,2 x 100.000 mujeres/año
- 60-64 años: 12,7 x 100.000 mujeres/año
- 65-69 años: 14,2 x 100.000 mujeres/año

En Europa Occidental las tasas más altas son referidas por Serbia, Bulgaria y la República Checa (36,4, 24,9 y 20,9 por 100.000 mujeres/año) y las más bajas las de Malta (5,5 x 100.000 mujeres/año). ⁽¹⁾

Las tasas de incidencia más altas en el mundo se dan en África Subsahariana, Melanesia, Asia subcentral y Sudeste Asiático (entre 30 y 42,7 casos por 100.000 mujeres/año).

La mortalidad es más baja que la incidencia, estimándose a nivel mundial una ratio incidencia/mortalidad del 55%.⁽²⁾

En España, las tasas de mortalidad por cáncer ajustadas a población europea han sido publicadas por el Centro Nacional de Epidemiología (C.N.E.)⁽³⁾ en el proyecto Ariadna. Los últimos datos corresponden al año 2007. La media española de mortalidad por cáncer de cuello uterino en el año 2007 fue de 2,13 x 100.000 mujeres.

La mortalidad por cáncer de cuello uterino ajustada a población europea en las provincias andaluzas es la siguiente:

Granada:	0,97 / 100.000 mujeres
Córdoba:	1,13 / 100.000 mujeres
Cádiz:	1,70 / 100.000 mujeres
Sevilla:	1,70 / 100.000 mujeres
Málaga:	1,76 / 100.000 mujeres
Almería:	2,04 / 100.000 mujeres
Jaén:	2,71 / 100.000 mujeres
Huelva:	4,49 / 100.000 mujeres

El cáncer de cuello uterino se da principalmente en mujeres sexualmente activas, existiendo evidencia consistente de que está relacionado con la infección del virus del papiloma humano (VPH). Se conocen más de 150 tipos de VPH, de los cuales alrededor de 40 infectan el área genital y anal, atribuyéndose capacidad oncogénica a los tipos 16,18, 33, 35, 39, 45, 52, 56, 58 y 59, siendo el paradigma de los de alto riesgo los tipos 16 y 18. Se detecta en más del 99 % de los cánceres, tanto epiteliales como adenocarcinomas.⁽⁴⁾

El VPH representa la infección de transmisión sexual más frecuente. A escala mundial, es la responsable de un 5,2% de todos los tumores humanos, correspondiendo un 2,2% a los países desarrollados, y un 7,7% a los países en vías de desarrollo. El 70-80% de las mujeres y los hombres sexualmente activos han estado expuestos al virus en algún momento de su vida. Se estima que la prevalencia de infección por VPH en la población femenina es inferior al 10 % en los países desarrollados y al 15 % en países en vías de desarrollo, según datos de la IARC esta prevalencia varía según las áreas geográficas siguiendo una distribución similar a la de cáncer de cuello uterino.

Evoluciona de forma natural hacia la curación espontánea (más del 90% de los casos). La prevalencia del VPH se asocia a la edad, siendo más alta al inicio de las relaciones sexuales y responde al patrón de comportamiento sexual de la comunidad. Así, en las poblaciones que refieren varios compañeros sexuales, la prevalencia puede llegar al 30-40% en mujeres menores de 25 años. Tras este pico, hay una disminución marcada hasta valores entre 3-10%. En algunas poblaciones, se ha observado un segundo pico de prevalencia en mujeres post menopáusicas cuya interpretación está siendo objeto de estudio. La prevalencia de VPH de alto riesgo (AR) en la población general se correlaciona muy bien con las tasas de incidencia de cáncer de cuello uterino en el mundo. ⁽⁵⁻⁶⁾

Ningún otro tipo de cáncer ilustra mejor que el cáncer de cuello de útero los notables efectos que un diagnóstico precoz y un tratamiento preventivo tienen sobre las tasas de mortalidad. Hace 70 años el cáncer de cuello uterino era la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres estadounidenses. Pero desde que se instauraron los programas de detección precoz y, dado que la mayoría de las lesiones se descubren en fase de carcinoma in situ (CIN) o lesiones precancerosas, estas tasas han descendido de forma espectacular, de modo que actualmente, este cáncer representa la cuarta causa de muerte por cáncer en EEUU. El mérito de estos avances se debe, sobre todo, a la eficiencia de los programas de cribado basados en la toma de citologías cérvico-vaginales, para detectar el cáncer de cuello uterino cuando aún es incipiente.

Desarrollado el cáncer invasor, el pronóstico está directamente relacionado con el estadio en el momento del diagnóstico. En los países desarrollados, gracias al conocimiento de los factores pronósticos y al establecimiento de tratamientos multidisciplinarios, la mortalidad por cáncer de cérvix ha disminuido un 75% en los últimos 50 años. Sin embargo, en países en vías de desarrollo sigue siendo un cáncer con una tasa de mortalidad cercana al 50%. ⁽¹⁾

Con esta segunda edición del PAI Cáncer de Cérvix, realizamos una revisión y actualización del documento anterior (año 2002), incorporando nuevos aspectos relacionados con dimensiones específicas de calidad, tales como la evidencia científica, la persona, el uso adecuado del medicamento, los cuidados enfermeros y la seguridad del paciente. En esta revisión hemos intentado orientar y convertir el documento en una herramienta más práctica para los profesionales y vincularla con las líneas estratégicas de la Organización. En el recorrido del proceso asistencial visualizamos a la mujer como a una persona que participa activamente en el desarrollo del mismo, fortaleciendo la toma de decisiones y desarrollando de forma efectiva los derechos fundamentales de la persona a la información, la intimidad, la confidencialidad, la toma de decisiones compartidas, etc.

Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda sistemática en la literatura científica para localizar los estudios relacionados basándose en las palabras clave: Abnormal Pap smear, Abnormal Pap Test, Colposcopy, Cervical Intraepithelial Neoplasia, Cervical Intraepithelial lesions, Cervical Intraepithelial neoplasm, Cervical Dysplasia, Cervical Intraepithelial Neoplasia pregnancy, Uterine Cervical Neoplasms, Cervical cancer, Cervical carcinoma, Cervical cancer pregnancy.

En la estrategia de búsqueda utilizada para la incorporación de documentos bibliográficos basándose en las palabras clave, se utilizaron las siguientes bases de datos referenciales:

- * Med – Line (incluido Pre-Medline)
- * Cochrane Library
- * Trip-Database
- * National Institute for Health Clinical Excellence (NICE)
- * Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
- * National Guideline Clearinghouse
- * CPG Infobase CMA

Para completar la información se consultaron las siguientes páginas webs:

- * Cancer Network
- * National Comprehensive Cancer Network (NCCN)
- * Nacional Cancer Institute
- * American Cancer Society
- * American Cancer Society of Colposcopy and Cervical Pathology
- * Sociedad Española de Ginecología (SEGO)
- * Sociedad Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPPC)
- * Sociedad Española Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)

Para determinar la calidad de la evidencia, se utilizaron herramientas específicas para cada tipo de estudio (AGREE, CASPe, SIGN, Osteba). La elaboración de las recomendaciones ha seguido el sistema CEBM (Centre for Evidence-Based Medicine de Oxford) puede consultarse en: <http://cebm.net/>, tomando la Oncoguía de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) ⁽¹¹⁾ como base para referenciar los niveles de evidencia y grados de recomendación. En aquellos parámetros para los que, con el sistema GRADE ⁽⁷⁻¹⁰⁾, no existe una clara recomendación o sugerencia, los datos se exponen en base a las recomendaciones establecidas en la bibliografía referenciada en este documento.

La estrategia de búsqueda y la evaluación de la calidad de los artículos incluidos en la elaboración del Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Cérvix se encuentra disponible en la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA); a ellos puede acceder mediante el correo electrónico: aetsa.csalud@juntadeandalucia.es.



2

Definición

Definición funcional

Conjunto de actividades secuenciales destinadas al diagnóstico precoz, confirmación diagnóstica y tratamiento integral en mujeres con lesiones precursoras y/o cáncer invasivo de cuello uterino, garantizando la continuidad asistencial en Atención Primaria y/o Atención Hospitalaria y la toma de decisiones compartidas.

Límite de entrada

- Mujeres incluidas en el Programa de diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino que presentan citología cervical con resultado de lesión precursora o cáncer invasivo.
- Mujeres que tras exploración ginecológica realizada en consultas de AP y/o AH, presentan signos de sospecha clínica y diagnóstico Anatómo-Patológico (citología, biopsia) de lesiones precursoras/cáncer de cuello de útero.

Límite final

- Mujer que tras seguimiento y/o tratamiento reúne condiciones clínicas, citológicas / histológicas y de valoración de riesgo para volver a programa de cribado en Atención Primaria (AP).

Límites marginales

- Tumores no epiteliales de cuello.
- Mujer diagnosticada de cáncer de cuello que por su evolución y situación clínica se incluye en el proceso asistencial integrado de cuidados paliativos.



3

Expectativas

El elemento nuclear que justifica el desarrollo del PAI CÁNCER DE CÉRVIX es la persona, la mujer y sus familiares, y el punto de partida para el abordaje del PAI es el conocimiento de sus necesidades y expectativas. Para ello se ha considerado la experiencia acumulada durante estos años en la exploración de expectativas en el SSPA, utilizando diferentes fuentes primarias de información, los resultados de las encuestas de satisfacción, los motivos más frecuentes de las sugerencias y reclamaciones, la exploración de expectativas en estos años para los Procesos Asistenciales Integrados, los Planes y Estrategias, el desarrollo de grupos focales, y la información obtenida de la Escuela de Pacientes.

La disponibilidad de este banco de expectativas generales ha facilitado poder realizar una revisión de las mismas y extraer las que se consideran están relacionadas con el PAI de CÁNCER DE CÉRVIX, para y en función de ellas, establecer los objetivos específicos a conseguir con la descripción de las actividades y sus características de calidad en el marco establecido en la estrategia de la Gestión por Procesos Asistenciales Integrados en el SSPA.

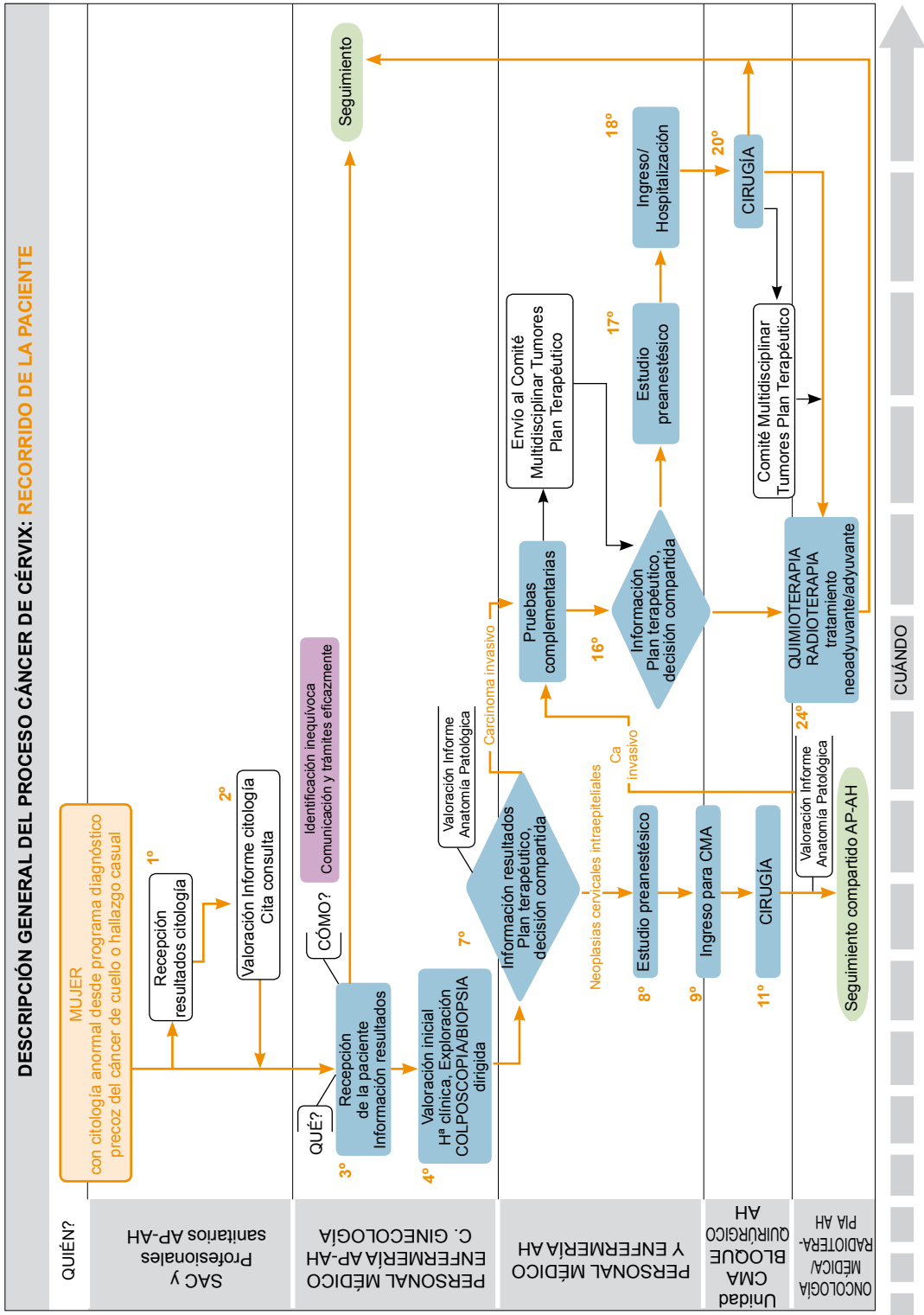
Será en cada centro o ámbito de actuación, y en el momento de implantar el PAI, cuando el grupo de profesionales que lo vayan a realizar tendrá que considerar la necesidad de explorar las expectativas específicas de las pacientes y sus familias, en relación a aspectos concretos del desarrollo del PAI en ese momento y entorno determinado.



4

Descripción general

La descripción general del PAI se ha realizado siguiendo el recorrido del paciente representando gráficamente: los profesionales que las desarrollan (QUIÉN), el ámbito de actuación (DÓNDE), la actividad o el servicio que se realiza (QUÉ), sus características de calidad (CÓMO) y la secuencia lógica de su realización (CUÁNDO) reflejándose en la Hoja de Ruta del paciente⁽¹²⁾ (Anexo 1).





5

Componentes

Profesionales, actividades, características de calidad

Los profesionales sanitarios y no sanitarios que intervienen en el PAI Cáncer de Cérvix, se describen en función de la actividad a realizar en cada fase del mismo, teniendo en cuenta el recorrido del paciente.

Al describir las actividades, se han considerado e integrado todos los elementos y dimensiones de la calidad:

- La efectividad clínica (recomendaciones que se explicitan en características de calidad de las actividades descritas)
- La seguridad del paciente, identificando con el triángulo (Δ) los puntos críticos del PAI con riesgo potencial para la seguridad del paciente
- La información, identificando con (*i*) los momentos en el desarrollo del PAI en que se debe informar al paciente y/o familia
- Los cuidados de enfermería
- Las actividades no clínicas
- Las recomendaciones del grupo de expertos, etc., indicadas con el símbolo $\checkmark$

El procedimiento seguido para su realización ha sido definiendo QUIÉN-DÓNDE-QUÉ-CÓMO-CUÁNDO, de manera secuencial y temporal siguiendo el recorrido del paciente.

PERSONAL MÉDICO Y ENFERMERÍA: AP-AH

Actividades	Características de calidad
1º RECEPCIÓN DE INFORME DE CITOLOGÍA ANORMAL	1.1 Se recepcionará el informe en la consulta de Atención Primaria o en la consulta de Ginecología y Obstetricia, el mismo día de su emisión. 1.2 Se garantizará la confidencialidad en todo momento.

PERSONAL MÉDICO: AP-AH

Actividades	Características de calidad
2º VALORACIÓN DEL INFORME CITACIÓN DE LA MUJER EN CONSULTA	2.1 El Informe citológico se ajustará a la Clasificación de Bethesda (Anexo 2). 2.2 Se citará a la mujer en Consulta de Atención Primaria (AP) o Consulta de Ginecología y Obstetricia, en función de la valoración de los resultados de la citología (Anexo 3).

PERSONAL MÉDICO: AP-AH

Actividades	Características de calidad
3º INFORMACIÓN DE RESULTADOS	3.1 Se aplicarán las medidas de identificación inequívoca de la mujer (tres códigos identificativos diferentes: nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA) ^{Δ2 OMS, 12 ESP}. 3.2 i Se informará de forma clara y precisa del resultado de la citología y la conducta terapéutica a seguir, con actitud facilitadora, respondiendo a sus demandas de información y expectativas.
DERIVACIÓN	3.3 Si existen criterios (Anexo 3) se solicitará interconsulta a los servicios de Ginecología y Obstetricia; se recomienda en menos de 15 días y cita web [✓]. En caso de no cumplir criterios, gestión de la cita en la Consulta de AP para seguimiento.

PERSONAL MÉDICO Y ENFERMERÍA: AP-AH

Actividades	Características de calidad
4º EVALUACIÓN CLÍNICA REALIZACIÓN COLPOSCOPIA/ BIOPSIA DE CUELLO UTERINO	4.1 Se verificará la identificación inequívoca de la mujer Δ^2 OMS, 12 ESP. 4.2 Revisión de la información contenida en la Historia de Salud, actualizando la valoración de factores de riesgo y situación socio-familiar. 4.3 Se indicará la realización de colposcopia ante: - Células escamosas atípicas de significado indeterminado AS-CUS en mujeres mayores de 25 años con HPV positivo alto riesgo. - Células escamosas atípicas de significado indeterminado ASCUS en dos citologías consecutivas. - Células escamosas atípicas sin poder excluir lesión intraepitelial de alto grado (ASC-H). - Células glandulares atípicas (AGC). - Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado en mujeres mayores de 25 años. - Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado en mujeres menores de 25 años en dos citologías consecutivas. - Lesión intraepitelial escamosa de alto grado H-SIL. - Sospecha de carcinoma invasivo. Los objetivos de la colposcopia son: - Localizar la lesión determinando sus características y topografía. - Diagnosticar lesiones multicéntricas. - Establecer el grado lesional. - Seleccionar los lugares de biopsia. 4.4 Se realizará colposcopia: - Para la valoración y clasificación de la lesión colposcópica, se propone la Clasificación de Barcelona 2002 (Anexo 4) - La pauta a seguir dependerá de los hallazgos colposcópicos (Anexo 5). 4.5 i Se informará de forma clara y precisa del estudio a realizar, riesgos, beneficios y alternativas con actitud facilitadora, respondiendo a sus demandas de información y expectativas. Se proporcionará información sobre el Virus del Papiloma Humano (HPV) y las medidas para el mantenimiento de hábitos saludables (dieta, ejercicio, prácticas de sexo seguro). 4.6 Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes antes y después de la realización de pruebas diagnósticas y extracción de muestras a la mujer  Δ^9 OMS -17 ESP.

Actividades	Características de calidad
	4.7 Existirá un Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) que garantice la seguridad, el confort y la intimidad de la paciente en la realización del estudio. 4.8 En caso de realización de biopsia de cuello uterino, se remitirán las muestras a Anatomía Patológica comprobando la correspondencia entre la identificación de la mujer y la solicitud (muestra y topografía de la lesión) Δ^2 OMS, 12 ESP. 4.9 En esta fase, los cuidados irán orientados a: • La “aceptación de su estado de salud” (NOC 1300) • El “Autocontrol del miedo” (NOC 1404) frente a técnicas invasivas y la incertidumbre de un diagnóstico 4.10 Se citará a la mujer a nueva consulta de ginecología para comunicación de resultados y conducta terapéutica a seguir. (Se recomienda antes 15 días desde la toma de la biopsia hasta la comunicación de resultados) $\checkmark$.

SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Actividades	
5º PROCESAMIENTO DE LA BIOPSIA	5.1 Se aplicarán medidas para verificar la identificación inequívoca de la persona, comprobando siempre la correspondencia entre la solicitud y la muestra recibida Δ^2 OMS, 12 ESP. 5.2 Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes, antes y después del procesado de las muestras Δ^9 OMS, 17 ESP. 5.3 Se realizará el informe de diagnóstico anatomopatológico de la biopsia. El informe anátomo-patológico debe contener, como resultado de la evaluación macro y microscópica de las piezas quirúrgicas, toda la información de relevancia y utilidad clínica necesaria para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las pacientes (Anexo 6). 5.4 Recomendable remitir el informe al solicitante en 10 días $\checkmark$. 5.5 Existirá y estará implementado un procedimiento específico para comunicación de resultados de pruebas críticas Δ^8 OMS.

PERSONAL AH: GINECÓLOGO/A

Actividades	Características de calidad
6º VALORACIÓN DEL INFORME DE ANATOMÍA PATOLÓGICA	6.1 Se aplicarán los criterios de valoración en función de la clasificación anatomopatológica de neoplasia cervicales intraepiteliales (Anexo 6): • Diagnóstico histológico CIN I • Diagnóstico histológico CIN II – III • Diagnóstico histológico AIS • Discrepancia entre citología informada como H-SIL y colposcopia/biopsia de cuello negativa • Diagnóstico carcinoma infiltrante
DIAGNÓSTICO Y PROPUESTA TERAPÉUTICA	6.2 Se realizará propuesta terapéutica en función de los resultados anatomo-patológico de la biopsia de cuello uterino y situación específica de la mujer, dejando constancia en la Historia de Salud. • Si diagnóstico de neoplasia cervical intraepitelial: ir a actividad 7 y aplicar Plan terapéutico del Anexo 7. • Si diagnóstico de carcinoma infiltrante: ir a actividad 15 y siguientes.

PERSONAL MÉDICO Y ENFERMERÍA AH: GINECÓLOGO/A

Actividades	Características de calidad
7º INFORMACIÓN A LA MUJER	7.1 Se verificará la identificación inequívoca de la mujer Δ^2 OMS, 12 ESP. 7.2 I Información a la mujer y/o familiar: Se le transmitirá información detallada del recorrido previsto, de los estudios a realizar, los riesgos, beneficios y alternativas posibles, en un entorno de privacidad y confidencialidad, con actitud, con actitud facilitadora respondiendo a su demanda de información y expectativas.
PLAN TERAPÉUTICO	7.3 En la Historia de Salud quedará reflejado el momento y los contenidos de la información al paciente y/o sus familiares. 7.4 Si existe indicación de tratamiento quirúrgico: • Se inscribirá en Registro de Demanda Quirúrgica (RDQ). • Se entregará formulario de Consentimiento Informado (Catálogo de consentimiento informado de la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma)⁽¹³⁾. 7.5 Si el procedimiento precisa de anestesia general/locoregional se gestionará consulta con el Servicio de Anestesiología. 7.6 Se entregará a la paciente y familiares el listado de verificación prequirúrgica Δ^{19} ESP disponible en Observatorio para la Seguridad del Paciente ⁽¹⁴⁾.

PERSONAL MÉDICO Y ENFERMERÍA AH: ANESTESIÓLOGO/A

Actividades	Características de calidad
8º ESTUDIO PREANESTÉSICO	8.1 Se verificará la identificación inequívoca de la mujer Δ^2 OMS, 12 ESP. 8.2 Se realizará estudio pre-anestésico protocolizado (se recomienda realizarlo en acto único ✓) dejando constancia documental en la Hª de Salud del paciente: • La medicación habitual si existe, y su posible interacción con la intervención. • La evaluación del riesgo quirúrgico se realizará utilizando la Clasificación ASA (Anexo 8). 8.3 i Se informará a la mujer del tipo de anestesia en función del procedimiento quirúrgico propuesto. 8.4 Entregará formulario de Consentimiento Informado⁽¹²⁾. 8.5 Valoración de solicitud de pruebas cruzadas para posible transfusión, en caso afirmativo se entregará el Consentimiento Informado (CI) de uso de hemoderivados. 8.6 i Se informará a la mujer del resultado del estudio en un entorno de privacidad y confidencialidad, manifestando una actitud facilitadora para responder a sus demandas y expectativas.

SERVICIO DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA (SAC) / CELADOR/A

Actividades	Características de calidad
9º RECEPCIÓN DE LA MUJER Y TRASLADO A CMA / CONSULTA DE PATOLÓGICA CERVICAL	9.1 Se aplicarán medidas de verificación (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA) para la identificación inequívoca de la persona, y/o verificación mediante brazalete identificativo con al menos dos códigos de identificación diferentes Δ^2-OMS 12 ESP. 9.2 i Se entregará a la paciente y/o familiares información sobre normas relativas de acceso y circulación en el hospital y área quirúrgica, con actitud facilitadora para atender a sus demandas de información y expectativas.

PERSONAL DE ENFERMERÍA AH

Actividades	Características de calidad
10º RECEPCIÓN CMA/CONSULTA DE PATOLOGÍA CERVICAL	10.1 Se verificará la identificación inequívoca de la mujer Δ^2OMS, 12 ESP 10.2 Se comprobará la existencia en la Historia de Salud: informe con indicación del procedimiento quirúrgico, informe preoperatorio de anestesia y pruebas complementarias. 10.3 Se comprobará que la paciente ha comprendido el procedimiento que se va a realizar, da su consentimiento, dejando constancia documental en la Hª de Salud⁽¹³⁾. 10.4 i Se informará a la mujer y/o familiar para ayudarle a comprender y prepararse para la cirugía y el período de recuperación postoperatorio (NIC 5610 Enseñanza prequirúrgica). 10.5 Existirá y estará implementado un procedimiento específico para verificar las condiciones de seguridad en el itinerario quirúrgico Δ^4OMS, 19 ESP . 10.6 Los cuidados en esta fase irán orientados a: • Autocontrol del miedo (NOC1404) • Conocimiento: procedimiento terapéutico (NOC1814) • Funcionamiento de la familia (NOC2602)

PERSONAL MÉDICO Y ENFERMERÍA AH: GINECÓLOGO/A, ANESTESIOLOGO/A

Actividades	Características de calidad
11º TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	11.1 Se realizará Procedimiento de Preparación prequirúrgica de la mujer según procedimiento normalizado (PNT). 11.2 El equipo quirúrgico realizará: • Check-list- CMA Δ^4OMS, 19 ESP ⁽¹⁵⁾ • El Procedimiento quirúrgico que debe incluir: - Las pautas generales del tratamiento de las neoplasias cervicales intraepiteliales (Anexo 9). - Las recomendaciones para realizar el procedimiento (LLETZ) (Anexo 9). - Se dejará constancia documental en la Hª de Salud. 11.3 El traslado al área de Recuperación Post-quirúrgica se realizará garantizando las condiciones de intimidad, confort y seguridad Δ^3OMS . 11.4 Se valorará el nivel de dolor: Control del dolor (NOC 1605).

Actividades	Características de calidad
11º TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	11.5  Se informará a la mujer y/o familiar sobre: • Desarrollo de la intervención. • Posible aparición de síntomas y signos relacionados con la intervención y los cuidados post-operatorios inmediatos (dolor, sangrado, etc.). 11.6 Se le gestionará nueva cita a consulta para comunicar los resultados y opciones terapéuticas en función del estudio de Anatomía Patológica. 11.7 Se realizará y entregará a la paciente en el momento del alta el Informe Único de Alta. 11.8 Se garantizará la transmisión de información entre los diferentes ámbitos de atención, existiendo un procedimiento estandarizado (Informe Único de Alta) Δ^3 OMS, 24 ESP.

PERSONAL DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Actividades	Características de calidad
12º PROCESAMIENTO DE LA PIEZA QUIRÚRGICA	12.1 Se aplicarán medidas para verificar la identificación inequívoca de la persona, comprobando siempre la correspondencia entre la solicitud y la muestra recibida Δ^2 OMS, 12 ESP. 12.2 Se llevará a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes, antes y después del procesado de las muestras  Δ^9 OMS, 17 ESP. 12.3 Se realizará el informe de diagnóstico anatomopatológico de la biopsia. El informe anatomopatológico debe contener, como resultado de la evaluación macro y microscópica de las piezas quirúrgicas, toda la información de relevancia y utilidad clínica necesaria para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las pacientes (Anexo 6). 12.4 Recomendable remitir el informe al solicitante en 10 días√. 12.5 Existirá y estará implementado un procedimiento específico para comunicación de resultados de pruebas críticas Δ^8 OMS.

PERSONAL AH: GINECÓLOGO/A

Actividades	Características de calidad
13º VALORACIÓN DEL INFORME DE ANATOMÍA PATOLÓGICA PLAN TERAPÉUTICO	13.1 Se aplicarán los criterios de valoración en función de que se trate de: • Lesiones intraepiteliales de cuello uterino (CIN): Se seguirá Plan Terapéutico propuesto en el (Anexo 9). • Carcinoma invasivo de cuello uterino: se realizará estadificación según criterios FIGO (Anexo 10). Se seguirán las pautas generales de actuación y recomendaciones expuestas en el (Anexo 11).

PERSONAL MÉDICO Y ENFERMERÍA AH: GINECÓLOGO/A

Actividades	Características de calidad
14º INFORMACIÓN A LA MUJER	14.1  Se informará de forma detallada a la mujer del resultado del informe de Anatomía Patológica. Se realizará en un entorno de privacidad y confidencialidad evitando interrupciones y facilitando la bidireccionalidad en la comunicación, de forma que la mujer comprenda la información recibida y pueda expresar y resolver las dudas generadas. 14.2 En caso de lesión intraepitelial de cuello uterino: • Se le proporcionará un plan de seguimiento personalizado. • Se notificará a su Médico/a de Familia. • Se iniciará un seguimiento compartido. 14.3 En caso de Carcinoma invasivo: • Se reevaluará la situación de la paciente, incluyendo su situación socio-familiar. • Se informará de la necesidad de: - Ampliar el estudio con la solicitud de pruebas complementarias - Valoración de su proceso por el Comité de Tumores • Se gestionará nueva consulta de ginecología en la que se le comunicará los resultados de las pruebas complementarias y el plan de tratamiento propuesto por el Comité de Tumores.

PROFESIONALES DE AH: COMITÉ MULTIDISCIPLINAR DE TUMORES

Actividades	Características de calidad
15º VALORACIÓN CASO PROPUESTAS TERAPÉUTICAS	15.1 Se realizará en función del estadiaje de la enfermedad, las características clínicas específicas de la paciente y resultados de las pruebas complementarias.. 15.2 Se definirán las opciones terapéuticas que se ofertarán a la paciente, dejando constancia en su Hª de Salud.

PERSONAL MÉDICO Y ENFERMERÍA AH: GINECÓLOGO/A

Actividades	Características de calidad
16º INFORMACIÓN SOBRE PLAN TERAPÉUTICO/ TOMA DE DECISIÓN COMPARTIDA	16.1 Se verificará la identificación inequívoca de la mujer Δ^2 OMS, 12 ESP. 16.2 I Se informará a la mujer del resultado de las pruebas diagnósticas y el plan de tratamiento propuesto por el Comité de Tumores, en un entorno de privacidad y confidencialidad, con una actitud facilitadora para responder a sus demandas y expectativas. Se promoverá la Toma de Decisiones Compartidas. 16.3 En caso de optar por el tratamiento quirúrgico, inclusión Registro de Demanda Quirúrgica (RDQ): • Se solicitará la evaluación de la paciente por el Servicio de Anestesiología. • La solicitud de pruebas cruzadas, en caso de posible transfusión sanguínea, será realizada siguiendo los protocolos establecidos en cada Hospital. • Se informará del procedimiento y se entregará el formulario de consentimiento informado (Catálogo de consentimiento informado de la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma).⁽¹²⁾ • Se entregará a la paciente y familiares el listado de verificación prequirúrgica Δ^{19} ESP ⁽¹³⁾. 16.4 En caso de tratamiento radioterápico (RDT)-Quimioterápico (QMT), se seguirán las pautas recomendadas a partir de la actividad 25 y siguientes, gestionando la interconsulta en el mismo acto. 16.5 En caso de no aceptación de los tratamientos activos posibles o estado clínico avanzado sin posibilidad de tratamiento específico, seguimiento compartido AH-AP, y/o derivación para seguimiento por cuidados paliativos.

PERSONAL MÉDICO Y ENFERMERÍA AH: GINECÓLOGO/A, ANESTESIOLOGO/A

Actividades	Características de calidad
17° ESTUDIO PREANESTÉSICO	17.1 Se recomienda realizarlo en el mismo acto y en un máximo de 10 días √. 17.2 Se verificará la identificación inequívoca de la mujer Δ^2 OMS, 12 ESP. 17.3 Se realizará estudio pre-anestésico protocolizado, dejando constancia documental en la Hª de Salud de la medicación habitual si existe, y su posible interacción con la intervención. 17.4 ⓘ Se informará a la paciente sobre el tipo de anestesia que se debe realizar en función del procedimiento quirúrgico propuesto. 17.5 Se entregará el formulario de consentimiento informado para el procedimiento anestésico a utilizar⁽¹³⁾. 17.6 En la petición de pruebas cruzadas para posible transfusión sanguínea, se verificará la identificación inequívoca de la paciente Δ^{18} ESP (en caso de rechazo cumplimentar documento específico). 17.7 ⓘ Se informará del resultado del estudio en un entorno de privacidad y confidencialidad, manifestando una actitud facilitadora para responder a las demandas y expectativas de la mujer y sus familiares.

SERVICIO DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA (SAC) / CELADOR/A

Actividades	Características de calidad
18° RECEPCIÓN Y TRASLADO PARA INGRESO	18.1 Se aplicarán medidas de verificación (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA) para la identificación inequívoca de la persona, y/o verificación mediante brazalete identificativo con al menos dos códigos de identificación diferentes Δ^2-OMS 12ESP. 18.2 ⓘ Se entregará a la paciente y/o familiares, información sobre normas relativas de acceso y circulación en el hospital y área quirúrgica, con actitud facilitadora para atender a sus demandas de información y expectativas. 18.3 El traslado del paciente se desarrollará de acuerdo a la estrategia de seguridad Δ^3 OMS 20ESP.

PERSONAL MÉDICO Y ENFERMERÍA AH: GINECÓLOGO/A

Actividades	Características de calidad
19º	
RECEPCIÓN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN	19.1 Se realizará por el personal de enfermería que: • Verificará la identificación inequívoca de la mujer Δ^2 OMS 12ESP. • Se informará del consumo de fármacos de forma habitual o esporádica. En caso de aportarlos al ingreso, se remitirán al Servicio de Farmacia, para integración en el tratamiento farmacológico de este episodio Δ^{14}ESP. • Comprobar en la Hª de Salud: Δ^2 OMS 12ESP. - Diagnóstico (carcinoma invasivo estadio IA1, IA2, IB2 y IIA1<4 cm). - Indicación del procedimiento quirúrgico. - Informe preoperatorio de anestesia y pruebas complementarias. - Los riesgos identificados (paciente de alto riesgo, procesos oncológicos y alérgicos) Δ^{14}ESP. - Existencia de pruebas cruzadas para posible transfusión sanguínea - Que se ha informado a la paciente del procedimiento quirúrgico a realizar.
EVALUACIÓN CLÍNICA	19.2 En la valoración del paciente se identificarán los factores intrínsecos y extrínsecos que puedan incidir en una disminución de la seguridad de la paciente. 19.3 Verificará que la paciente ha comprendido la información sobre el procedimiento que se le va a realizar y existe registro documental de dicha información en la Hª de Salud⁽¹³⁾. 19.4 Se realizará la preparación de la paciente previa al tratamiento quirúrgico, según procedimiento normalizado (PNT). 19.5 Se le adecuará tratamiento farmacológico según situación clínica, tratamiento habitual y proceso quirúrgico a realizar. 19.6 En esta fase los cuidados de enfermería se orientarán a: • Autocontrol del miedo (NOC1404) • Conocimiento: procedimiento terapéutico (NOC1814) • Funcionamiento de la familia (NOC2602) • Afrontamiento de problemas (NOC 1302) • Valoración del Índice de Riesgo nutricional • Control del dolor (NOC 1605)

Actividades	Características de calidad
	• Información para preparación de la paciente previa a la cirugía (NIC 5610) • En caso de cumplir criterios. Derivación a Enfermera Gestora de Casos (NIC 8100) • Preparación del alta (desde el ingreso), con vida independiente o con apoyos (NOC 0311 y 0312) 19.7 Existirá y estará implementado un procedimiento específico para verificar las condiciones de seguridad en el itinerario quirúrgico. 19.8 El traslado al Bloque Quirúrgico se realizará garantizando la intimidad, el confort y la seguridad de la paciente Δ³ OMS 20ESP.

PERSONAL MÉDICO, ENFERMERÍA Y CELADOR BLOQUE QUIRÚRGICO: GINECÓLOGO/A, ANESTESISTA

Actividades	Características de calidad
20º TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	20.1 La paciente será recepcionada por la enfermera de Bloque quirúrgico que: • Verificará la identificación inequívoca de la mujer Δ² OMS, 12 ESP. • Comprobará que consta en la Hª clínica: - Indicación del procedimiento quirúrgico. - Informe preoperatorio de anestesia y pruebas complementarias. - Formulario de consentimiento informado del procedimiento quirúrgico Δ⁴ OMS, 19 ESP. • Verificará la correcta aplicación del protocolo de preparación quirúrgica. 20.2 El Equipo quirúrgico realizará el "Check-list" Δ⁴ESP, dejando constancia documental en la historia de salud de la paciente ⁽¹⁵⁾.
INFORMACIÓN	20.3 i Se informará de forma clara y precisa a familiares y/o representante del desarrollo de la intervención quirúrgica, la situación del paciente, en un entorno de privacidad y confidencialidad.
TRASLADO DE LA PACIENTE	20.4 Traslado de la paciente a la Unidad de Recuperación post-quirúrgica, se realizará garantizando la intimidad, el confort y la seguridad Δ³ OMS 20 ESP.

Actividades	Características de calidad
	20.5 La enfermera de la Unidad recepcionará a la paciente: • Verificará la identificación inequívoca de la mujer • Los cuidados de enfermería estarán centrados en: - Control del dolor (NOC 1606) - Cuidados post-anestesia (NIC 2870) - Manejo de la vía área (NIC 3140) - Planificación del alta a la Unidad de Hospitalización (NIC 7370) 20.6 En función de la evolución de la mujer se realizará el Alta por la Unidad de recuperación postquirúrgica y el traslado a la planta de Hospitalización.

PERSONAL MÉDICO Y ENFERMERÍA AH: GINECÓLOGO/A	
Actividades	Características de calidad
21º HOSPITALIZACIÓN POST-QUIRÚRGICA	21.1 Se realizará una higiene adecuada de manos  Δ⁹ OMS, 17 ESP. 21.2 La recepción de la paciente la realizará el personal de enfermería que: • Verificará la identificación inequívoca de la mujer Δ² OMS, 12 ESP. • Valorará el nivel de dolor. Se desarrollarán las intervenciones necesaria que garanticen un adecuado “control del Dolor” (NOC 1605). • Reforzará los Conocimientos acerca del plan terapéutico (NOC 1814). • Planificará intervenciones que potencien la Imagen corporal (NOC 1200). • Asegurará la Normalización de la familia (NOC 2604). 21.3 El médico realizará: • A la llegada a planta tras la cirugía valorará la situación de la paciente, así como la existencia de incidencias en la intervención quirúrgica y/o postoperatorio inmediato. • Adecuará la prescripción de tratamientos post-operatorios, garantizando la conciliación terapéutica del tratamiento, en colaboración con el Servicio de Farmacia. 21.4  Se informará a la mujer y/o familiar sobre: • La posible aparición de síntomas y signos relacionados con la intervención.

Actividades	Características de calidad
	• Los cuidados postoperatorios inmediatos (dolor, sangrado, etc.). • Gestión de la nueva cita a Consultas para comunicar los resultados y opciones terapéuticas en función del estudio Anatomía Patológica. 21.5 Se realizará el Informe de Alta conjunto (Informe Único de Alta), que incluirá el plan de cuidados, plan de tratamiento, recomendaciones para el autocuidado, vida saludable y reducción del riesgo: • Se le entregará a la paciente en el momento del Alta Hospitalaria. • Se garantizará la transmisión de información entre los diferentes ámbitos de atención (AP-AH), existiendo un procedimiento estandarizado para la comunicación al alta Δ³ OMS - 24 ESP (14). 21.6 Se le gestionará nueva cita a consulta para comunicación de los resultados y opciones terapéuticas, en función del estudio anatomopatológico.

PERSONAL DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Actividades	Características de calidad
22° PROCESADO DE LA PIEZA QUIRÚRGICA	22.1 Se aplicarán medidas para verificar la identificación inequívoca de la persona, comprobando siempre la correspondencia entre la solicitud y la muestra recibida. 22.2 Se llevaran a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes, antes y después del procesado de las muestras  Δ⁹ OMS, 17 ESP. 22.3 Se realizará el informe de diagnóstico anatomopatológico de la biopsia. El informe anatomopatológico debe contener, como resultado de la evaluación macro y microscópica de las piezas quirúrgicas, toda la información de relevancia y utilidad clínica necesaria para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las pacientes (Anexo 6). 22.4 Recomendable remitir el informe al solicitante en 10 días ✓ 22.5 Existirá y estará implementado un procedimiento específico para comunicación de resultados de pruebas críticas Δ⁸ OMS.

PROFESIONALES DE AH: COMITÉ DE TUMORES

Actividades	Características de calidad
23° REEVALUACIÓN DEL CASO PROPUESTAS TERAPÉUTICAS	23.1 Se realizará en función de las características clínicas específicas de la paciente, los resultados de la intervención quirúrgica y la anatomía patológica. 23.2 Se definirán las opciones terapéuticas que se ofertarán a la paciente, dejando constancia en la Hª de Salud de la paciente.

PERSONAL MÉDICO: GINECÓLOGO/A

Actividades	Características de calidad
24° INFORMACIÓN DE RESULTADOS PLAN TERAPÉUTICO TOMA DE DECISIÓN COMPARTIDA	24.1 Se verificará la identificación inequívoca de la mujer Δ^2 OMS, 12 ESP. 24.2 i Se informará a la paciente y/o familiar del resultado del estudio anatomopatológico. Se le propondrá el plan de tratamiento y seguimiento planteado por el Comité multidisciplinar de tumores, así como las alternativas posibles, en un entorno de privacidad y confidencialidad, manifestando una actitud facilitadora para responder a sus demandas y expectativas. La toma de decisiones será compartida. 24.3 En caso de proceder tratamiento adyuvante con radioterapia y/o quimioterapia, remitir a la paciente a Consultas Externas de la Unidad de Oncología para evaluación clínica, gestionándole la interconsulta en el mismo acto (Anexo 12). 24.4 En caso de no aceptación de los tratamientos activos posibles propuestos, o estado clínico avanzado sin posibilidad de tratamiento específico, se realizará un seguimiento compartido AH-AP, y/o derivación para seguimiento por Cuidados Paliativos.

PERSONAL MÉDICO Y ENFERMERÍA: ONCOLOGÍA MÉDICA Y RADIOTERAPIA

Actividades	Características de calidad
25° INFORMACIÓN	25.1 Se verificará la identificación inequívoca de la mujer Δ^2 OMS, 12 ESP. 25.2 Se realizará reevaluación clínica y sociofamiliar de la paciente y se adecuarán los recursos sanitarios de apoyo para el abordaje integral de la paciente.

Actividades	Características de calidad
PROPUESTA DE TRATAMIENTO	25.3 Si tumoraciones localmente avanzadas (estadios FIGO IB2,IIA2>4 cm, IIB,III y IVA) (Anexo 16) el tratamiento de elección es la radioterapia y quimioterapia con cisplatino concomitante (Nivel de evidencia 1A) ⁽²⁰⁾ (Anexo 11). 25.4 i Se informará a la mujer y sus familiares: • El esquema de tratamiento de quimioterapia y/o radioterapia que va a recibir. • Las pruebas específicas previas necesarias para la administración de dicho tratamiento. • Derechos y garantías que le asisten en el SSPA. 25.5 Se le entregará el documento de consentimiento informado⁽¹²⁾. 25.6 Si la paciente necesita estudios complementarios, o una segunda consulta para evaluación de resultados, se le gestionarán las citas preferentemente en acto único. 25.7 Se realizará la prescripción del tratamiento específico para la paciente: • En caso de tratamiento con quimioterapia, realizar orden médica al Servicio de Farmacia. • Si tratamiento con radioterapia, se realizará una solicitud de inmovilización y TAC de planificación, así como para establecer la dosimetría clínica. • En caso de recibir el esquema de infusión continua con cisplatino y 5-fluoruracilo, se recomendará la colocación del infusor. 25.8 Se le entregará a la paciente el Informe del esquema terapéutico previsto

PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA: ONCOLOGÍA MÉDICA

Actividades	Características de calidad
26° TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO	26.1 La recepción de la paciente en la Unidad de Día de Oncología Médica la realizará el personal de enfermería que: • Verificará la identificación inequívoca de la mujer Δ² OMS, 12 ESP. • Se facilitará a la paciente el acompañamiento por familiar o cuidador/a principal. • Comprobación de consentimientos informados firmados. 26.2 Ante la administración de tratamientos de quimioterapia se potenciará su uso seguro para prevenir los errores en el proceso de prescripción, conservación, preparación y administración Δ¹⁶ ESP.

Actividades	Características de calidad
	26.3  Se informará a la paciente y/o familia sobre los posibles efectos secundarios de la medicación, la necesidad de un adecuado cumplimiento terapéutico, el esquema de tratamiento que recibirá, las pruebas complementarias necesarias y los derechos y garantías que le asisten, con una actitud facilitadora para responder a sus demandas de información y expectativas. 26.4 El Plan de Cuidados en esta fase se orientará: • NOC 1813 Conocimiento; régimen terapéutico • NOC 1402 Control de la ansiedad • NOC 1302 Afrontamiento de problemas • NIC 2240 Educación sanitaria. Manejo de la quimioterapia • NOC 1200 Potenciar la imagen corporal • NOC 1009 Estado nutricional, ingesta de nutrientes • NOC 1605 Control del dolor 26.5 El oncólogo médico en cada ciclo: • Realizará el seguimiento de la paciente y diagnosticará de forma precoz y tratará las posibles reacciones adversas que puedan surgir durante la administración del tratamiento, así como los efectos secundarios tardíos de los tratamientos de quimioterapia recibidos en ciclos anteriores. • Durante el tratamiento la paciente deberá ser revisada con una periodicidad mínima de una vez por semana en función de su tolerancia al tratamiento√. 26.6 Al finalizar el tratamiento se realizará el informe de Alta (Informe único de Alta), que incluirá el plan de cuidados, plan de tratamiento, recomendaciones para autocuidado, vida saludable y reducción del riesgo: • Se le entregará a la paciente al finalizar el tratamiento • Se le indicarán medios de contacto personal sanitario en caso de toxicidad crónica • Se garantizará la transmisión de información entre los diferentes ámbitos de atención (AP-AH), existiendo un procedimiento estandarizado para la comunicación al alta  ^{3 OMS, 24 ESP} (14).

PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA: ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

Actividades	Características de calidad
27° TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO	27.1 La recepción de la paciente en la Unidad de Día de Oncología Radioterápica la realizará el personal de enfermería, previo al inicio del tratamiento, para reforzar la información y valorar la situación de la paciente respecto a:

Actividades	Características de calidad
	• NOC 1101 Integridad tisular: piel y mucosas • NOC Eliminación intestinal. • NOC 1009 Estado nutricional, ingesta de nutrientes • NOC 0006 Energía psicomotora. • NOC 0119 Funcionamiento sexual. • NOC 1605 control del dolor. 27.2 La recepción de la paciente en las Unidades de tratamiento se realizará por los TER que: • Verificará la identificación inequívoca de la mujer Δ² OMS, 12 ESP. • i Informará sobre el tratamiento y recomendaciones durante el mismo. • Verificará las características geométricas del tratamiento. • Verificará imagen portal. • Remitirá periódicamente a enfermería/médico para control evolutivo. • Evaluará la toxicidad y comunicará a enfermera/médico si procede. 27.3 Los cuidados en esta fase se orientarán a: • NOC 1813 Conocimiento; régimen terapéutico • NOC 1402 Control de la ansiedad • NOC 1302 Afrontamiento de problemas • NOC 1200 Potenciar la imagen corporal • NOC 1009 Estado nutricional, ingesta de nutrientes • NOC 1605 Control del dolor 27.4 El radioterapeuta en cada ciclo de radioterapia: • Supervisará la administración del tratamiento. • Diagnosticará y tratará las posibles reacciones adversas que puedan surgir durante la administración del tratamiento. • Resolverá y tratará los efectos secundarios tardíos de los tratamientos radioterápicos recibidos. • Gestionará las citas para tratamientos posteriores. 27.5 Al finalizar el tratamiento se realizará el Informe de Alta (Informe único de Alta), que incluirá el plan de cuidados, plan de tratamiento, recomendaciones para el autocuidado, vida saludable y reducción del riesgo: • Se le entregará a la paciente al finalizar el tratamiento • Se le indicarán medios de contacto con el personal sanitario en caso de toxicidad crónica • Se garantizará la transmisión de información entre los diferentes ámbitos de atención (AP-AH), existiendo un procedimiento estandarizado para la comunicación al alta Δ³ OMS, 24 ESP.

PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA: GINECÓLOGO/A, ONCOLOGÍA MÉDICA Y RADIOTERÁPICA

Actividades	Características de calidad
28º TRATAMIENTO ADYUVANTE	28.1 Si es necesario administrar tratamiento adyuvante tras la Cirugía, se citará a la mujer en los Servicios de Oncología Médica/ Oncología Radioterápica. 28.2 Las características de calidad referidas a la recepción, valoración y aplicación del tratamiento oncológico indicado, vienen descritas en las actividades 26 y 27. 28.3 El tratamiento indicado estará relacionado con el riesgo de recidiva (Anexo 12).

PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA AH-AP: GINECÓLOGO/A, ONCOLOGÍA MÉDICA Y RADIOTERÁPICA, MEDICO/A DE FAMILIA

Actividades	Características de calidad
29º FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO	29.1 En la consulta de final de tratamiento se realizará una evaluación a la respuesta y toxicidad asociada al tratamiento. 29.2 Se asegurará la continuidad asistencial, garantizando la transmisión de la información clínica entre AH-AP para el seguimiento y control de la paciente tras el alta en un único informe Δ²⁴ ESP. 29.3 Se planificará el seguimiento considerando las características específicas de la paciente y con el objetivo de detectar recurrencias cuando aún son susceptibles de tratamientos potencialmente curativos. (Anexo 13). 29.4 I Se informará a la paciente del plan de seguimiento propuesto. 29.5 Se coordinarán las citas entre los Servicios para el seguimiento de la paciente. 29.6 En caso de recidiva durante el seguimiento, puede ser necesario remitir el caso al Comité Multidisciplinar de Tumores, para que haga una propuesta de las opciones terapéuticas más recomendables.

PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA AH: GINECÓLOGO/A, ONCOLOGÍA MÉDICA Y RADIOTERÁPICA

Actividades	Características de calidad
30° TRATAMIENTO DE LAS RECIDIVAS LOCALES Y DE LA ENFERMEDAD METASTÁSICA	30.1 En caso de recidiva, se remitirá el caso al Comité Multidisciplinar de Tumores, para que haga una propuesta de las opciones terapéuticas más recomendables, si existen. 30.2  Se informará a la paciente: • De la nueva situación de la enfermedad y su pronóstico, se le ofrecerán las distintas posibilidades terapéuticas, y se consensuará el plan terapéutico. • Posibilidad de realizar pruebas complementarias, en caso de ser necesario ampliar estudio. • Posibilidad de solicitar una segunda opinión. • Se le explicarán los efectos secundarios de los tratamientos posibles (Anexo 14), siendo los profesionales encargados los responsables en cada momento de su cuidado. 30.3 Tras la información se le entregará a la paciente Consentimiento Informado según el Catálogo de Consentimientos Informados⁽¹³⁾. 30.4 En caso de enfermedad metastásica, en tratamiento de quimio-radioterapia se valorará toxicidad y ajuste de dosis si precisa. 30.5 Se programará el tratamiento en Hospital de Día si es posible. 30.6 Existirá un circuito ágil y accesible para facilitar la realización de pruebas complementarias previas al ciclo. 30.7 Aquellas pacientes que sólo sean subsidiarias de tratamiento paliativo serán incluidas en el PAI de Cuidados Paliativos.

Triángulo que identifica características de calidad relacionadas con la seguridad del paciente.

Cuando el triángulo lleve un superíndice numérico se refiere a:

- El criterio concreto de las recomendaciones de la OMS “Soluciones para la seguridad del paciente” y/o
- La “Estrategia para la Seguridad del Paciente (EPS) del SSPA”.

La estrategia “Higiene de manos” para fomentar el lavado de manos y uso correcto de guantes, es una recomendación de la OMS y una solución de la Estrategia para la seguridad del paciente de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, además tiene una identificación específica. Por tanto se identificaría  **Δ^{9OMS 17ESP}**

Momentos del desarrollo del PAI que se debe informar al paciente.

LEY 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

 El paciente será informado de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.

 Paciente que a criterio del profesional que le atiende, carece de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.



6

Competencias del Equipo de profesionales en el PAI Cáncer de Cérvix

Las competencias que a continuación se detallan surgen de las actividades descritas en este Proceso y de sus características de calidad. Son competencias que deben de estar presentes en el Equipo de profesionales médicos/as (Ginecólogo/a, Anatomopatóloga/o, Anestesiólogo/a, Oncólogas/os médicas/os, Oncoradioterapeutas, y Médicos/as de Familia) (M), Enfermeras/os (E), Auxiliares de Enfermería (AE), Celador/a (C), y Administrativo/a (Ad), para la implantación del PAI.

COMPETENCIA: EDUCACIÓN PARA LA SALUD, CONSEJO SANITARIO Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Buenas Prácticas PAI CÁNCER DE CÉRVIX	EVIDENCIAS ESPECÍFICAS PAI CÁNCER DE CÉRVIX	M	E	C	Ad
El/la profesional lleva a cabo actividades encaminadas a evitar posibles acontecimientos adversos y aumentar la seguridad de la paciente	• Aplica medidas de seguridad para la identificación inequívoca de la persona. • Favorece el uso seguro y responsable de la medicación, dispositivos, medidas de soporte, cuidados y apoyo terapéutico. • Implanta el Check- list de seguridad en intervenciones quirúrgicas. • Valora, identifica y registra la presencia o ausencia de factores de riesgo.	●	●	●	●
El/la profesional promueve la participación activa de la paciente en la seguridad de su proceso asistencial	• Proporciona el listado de verificación prequirúrgica en el momento de la indicación y lo evalúa antes de la realización del procedimiento quirúrgico.	●	●		
El/la profesional lleva a cabo actividades educativas que promueven el mantenimiento de la salud	• Realiza intervenciones para mejorar el conocimiento de la enfermedad, prevenir riesgos y complicaciones y potenciar la adherencia al régimen terapéutico prescrito.	●	●		

COMPETENCIA: ORIENTACIÓN AL CIUDADANO

Buenas Prácticas PAI CÁNCER DE CÉRVIX	EVIDENCIAS ESPECÍFICAS PAI CÁNCER DE CÉRVIX	M	E	C	Ad
El/la profesional proporciona la información necesaria para promover la toma de decisiones compartidas y facilita el ejercicio de los derechos de la paciente	• En la historia clínica de la paciente se reflejan los contenidos y los momentos donde se informa a la paciente y/o sus familiares, recogiendo el formulario de Consentimiento Informado (CI) escrito cuando se le realice un procedimiento definido en el catálogo de CI de la Consejería de Salud. • Informa de las diferentes opciones terapéuticas, respetando la decisión de la paciente. • Informa sobre el uso de los derechos de 2ª generación (LE, VVA, SOM, Garantía de plazos de respuesta).	●	●		

		M	E	C	Ad
El/la profesional protege la confidencialidad de la información y preserva su intimidad	• Adopta medidas para garantizar la privacidad, el derecho a la intimidad y la confidencialidad de la información proporcionada por la paciente.	●	●		●
El/la profesional valora e identifica las necesidades de la persona de manera integral y establece un plan de atención individualizado	• Realiza valoración integral de la paciente y su entorno familiar, poniendo especial énfasis en su capacidad de afrontamiento. (Cuidados de Enfermería al ingreso NIC 7310). • Personaliza la atención, teniendo en cuenta las necesidades individuales de la persona y la diversidad cultural, de modo que las intervenciones sanitarias planificadas resulten eficaces. • Realiza intervenciones encaminadas a reducir la ansiedad/temor de la paciente y familia.	●	●		
El/la profesional identifica y/o moviliza los recursos para ayudar a la paciente en su proceso de recuperación y mejorar su bienestar e integración en la comunidad	• Informa y promueve la utilización de asociaciones, grupos de apoyo u otros recursos externos no sanitarios por parte de la paciente y la familia.	●	●		
El/la profesional adopta medidas encaminadas a evitar/minimizar el dolor y la pérdida de confort	• Valora y registra el nivel de dolor mediante la utilización de escalas validadas. • Realiza intervenciones adecuadas a los síntomas y situación clínica de la paciente, y para prevenir, minimizar o aliviar el dolor.	●	●		

COMPETENCIA: COMUNICACIÓN Y/O ENTREVISTA CLÍNICA

Buenas Prácticas PAI CÁNCER DE CÉRVIX	EVIDENCIAS ESPECÍFICAS PAI CÁNCER DE CÉRVIX	M	E	C	Ad
El/la profesional emplea las habilidades de comunicación adecuadas	• Informa de forma clara y precisa a la paciente y/o la familia, manifestando una actitud facilitadora para responder a sus demandas y expectativas, adecuando la información a sus posibilidades de comprensión, y cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.	•	•		
	• Valora, identifica y registra el estado emocional de la paciente y familia, adaptando la comunicación e información como herramientas de apoyo.	•	•		

COMPETENCIA: CAPACIDAD PARA LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS, DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

Buenas Prácticas PAI CÁNCER DE CÉRVIX	EVIDENCIAS ESPECÍFICAS PAI CÁNCER DE CÉRVIX	M	E	C	Ad
El/la profesional tiene habilidades para prestar a los pacientes una atención de calidad en aspectos relacionados con el proceso asistencial	• Realiza una evaluación clínica correcta, solicita e interpreta las pruebas diagnósticas requeridas, establece un juicio clínico razonado y determina un plan de actuación, acorde con la situación de la paciente en cada momento.	•	•		
	• Los profesionales implicados en cada una de las fases del PAI, tienen los conocimientos y habilidades necesarias relacionadas con su disciplina; entre otras: 1. Tomas citológicas cérvico-vaginales 2. Evaluación del tracto genital inferior de la mujer, y colposcopia 3. Procedimientos quirúrgicos oncológicos de cáncer de cuello uterino 4. Utilización de dispositivos/medidas de protección radiológica 5. Correcta identificación, preparación, procesado, envío y análisis de muestras 6. Manejo del dolor, ansiedad, temor, afrontamiento comprometido 7. Empleo de terapias y utilización de técnicas de uso frecuente y adecuadas al ámbito del proceso: diagnósticas, terapéuticas, estadísticas, epidemiológicas, etc.	•	•		

COMPETENCIA: CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Buenas Prácticas PAI CÁNCER DE CÉRVIX	EVIDENCIAS ESPECÍFICAS PAI CÁNCER DE CÉRVIX	M	E	C	Ad
El/la profesional garantiza la continuidad de la atención a lo largo de todo el desarrollo del PAI a la paciente con lesiones preneoplásicas/ cáncer de cuello uterino	• Realiza alta planificada y garantiza la transmisión de información entre los diferentes ámbitos de atención (AH-AP), cumpliendo el procedimiento estandarizado para la comunicación para el Alta (Informe único de Alta).	●	●		
	• Favorece la continuidad asistencial apoyándose en los registros de salud: informes de consultas, de hospitalización, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, tratamiento a seguir por la paciente, etc.	●	●		
	• Promueve la continuidad asistencial, en un modelo de atención compartida a través de los diferentes recursos asistenciales disponibles.	●	●		
	• Realiza recomendaciones de vigilancia domiciliaria verbales y en soporte papel.	●	●		
	• Activa procedimientos multidisciplinarios relacionados con la evaluación, tratamiento integral y revisiones en acto único .	●	●		



7

Recursos y Unidades de soporte específicos

Los recursos y unidades de soporte, se han estimado en referencia a las necesidades específicas para la consecución de objetivos del PAI y los resultados esperados del mismo.

Recursos	Características de calidad
Mesa de exploración ginecológica, espéculos desechables de varios tamaños, espátulas de Ayre, cepillo de tomas endocervicales, portaobjetos, material tomas muestras para determinación VPH-AR	Debe cumplir las especificaciones técnicas conforme a normas armonizadas según directiva 93/42 CE (Real Decreto 414/1996).
Material tomas muestras para determinación VPH-AR	Escobillones de dacron. Tubos de transporte con medios conservantes según técnica de detección DNA VPH. Debe cumplir las especificaciones técnicas conforme a normas armonizadas según directiva 93/42 CE (Real Decreto 414/1996).
Colposcopio	Colposcopio estereoscópico, binocular, con aumentos graduables al menos con intervalo comprendido entre 6 y 15 aumentos (deseable entre 6 y 40 aumentos). Dotado de fuente de iluminación de luz fría. Binocular con distancia interpupilar entre 52 y 80 mm. que permita el acceso a usuarios de gafas con posibilidad de ajuste de +/- 5 dioptrías. Distancia focal entre 250 y 300 mm con sistema de enfoque graduable y filtro verde. Sería deseable que dispusiera de ocular lateral para enseñanza, cámara fotográfica o cámara de video CCD (Digital) mediante un divisor de haces. Debe cumplir las especificaciones técnicas conforme a normas armonizadas según directiva 93/42 CE (Real Decreto 414/1996).

Recursos	Características de calidad
Histeroscopia. Equipamiento para realización de histeroscopias	Óptica de histeroscopia (1,9–3 mm de diámetro). Vainas de instilación–aspiración medio de distensión (de flujo continuo) con canal de trabajo de 5 French Diámetro 4,5 y 5,5 mm. Pinzas de biopsia/instrumental para histeroscopia de 5 French. Equipo de video endoscopia. Debe cumplir las especificaciones técnicas conforme a normas armonizadas según directiva 93/42 CE (Real Decreto 414/1996).
Instrumental biopsias cuello uterino/ endocervicales, material para electroconizaciones (asas de diatermia), instrumental quirúrgico para realización histerectomía radical/linfadenectomías, instrumental quirúrgico para cirugía laparoscópica	Debe cumplir las especificaciones técnicas conforme a normas armonizadas según directiva 93/42 CE (Real Decreto 414/1996).
Unidades electroquirúrgicas	Generadores de energía monopolar/ bipolar. Con sistemas de seguridad que protejan a las pacientes contra quemaduras en el sitio del electrodo de retorno (electrodo placa). Debe cumplir requisitos generales de seguridad eléctrica para equipos electromédicos IEC: International Electrotechnical Commission. (601-1). (Norma Española NE 60601-1).
Equipamiento para realización de procedimientos quirúrgicos mediante laparoscopia	Insuflador automático: Presión de insuflación regulable hasta 25 mm de Hg. Flujo regulable hasta 30 litros/ minuto. Alarmas visibles y audibles de presión y flujo. Fuente de luz de xenon (a ser posible de 300 watios) (4.500 ° kelvin). Ajuste de intensidad de luz. Protección contra sobrecalentamiento. Cámara endoscópica CCD y monitor de televisión ajustada a la normativa de seguridad médica IEC-60. Sistemas ópticos de 5–10 mm. de diámetro 0° / 30°.

Recursos	Características de calidad
Acelerador lineal de electrones	Con energía igual o superior a 10 MV, en caso de 1 sola energía, preferentemente con 2 energías en fotones 6 y 15 MV y 6-8 energías en electrones (4-16 Mev). Sería recomendable que los nuevos aceleradores estuviesen dotados de un sistema de colimación multiláminas, que permita la ejecución de una radioterapia tridimensional conformada. Debe cumplir normativa de seguridad y protección radiológica.
Sistema de simulación mediante TAC, que puede ser compartido con el sistema de Radiodiagnóstico	Debe cumplir las especificaciones técnicas conforme a normas armonizadas según directiva 93/42 CE (Real Decreto 414/1996)
Equipo de braquiterapia de alta tasa de dosis o pulsada	Equipados con sonda vaginal / sondas intrauterinas / aplicadores / tubos de transferencia a aplicadores / mesas de tratamiento radiotransparente que permita la obtención de imágenes radiológicas mediante TAC, así como la realización del tratamiento, sin movilización de la paciente. Debe cumplir normativa de seguridad y protección radiológica.
Taller de moldes	Debe cumplir las especificaciones técnicas conforme a normas armonizadas según directiva 93/42 CE (Real Decreto 414/1996).
Bombas perfusión intravenosa quimioterapia	Dotadas de alarmas de seguridad: Alarma de goteo. Alarma de aire. Alarma de fuente de energía. Alarma de espera ("standby"). Alarma de volumen. Alarma por oclusión o alarma de presión máxima. Debe cumplir las especificaciones técnicas conforme a normas armonizadas según directiva 93/42 CE (Real Decreto 414/1996).

SERVICIOS DE SOPORTE	Características de calidad
Servicio de Radiodiagnóstico	Las descritas en el Proceso de soporte
Servicio de Laboratorio	Las descritas en el Proceso de soporte
Servicio de Anatomía Patológica	Las descritas en el Proceso de soporte
Servicio de Digestivo	Las descritas en sus Proceso
Servicio de Urología	Las descritas en el Proceso



8

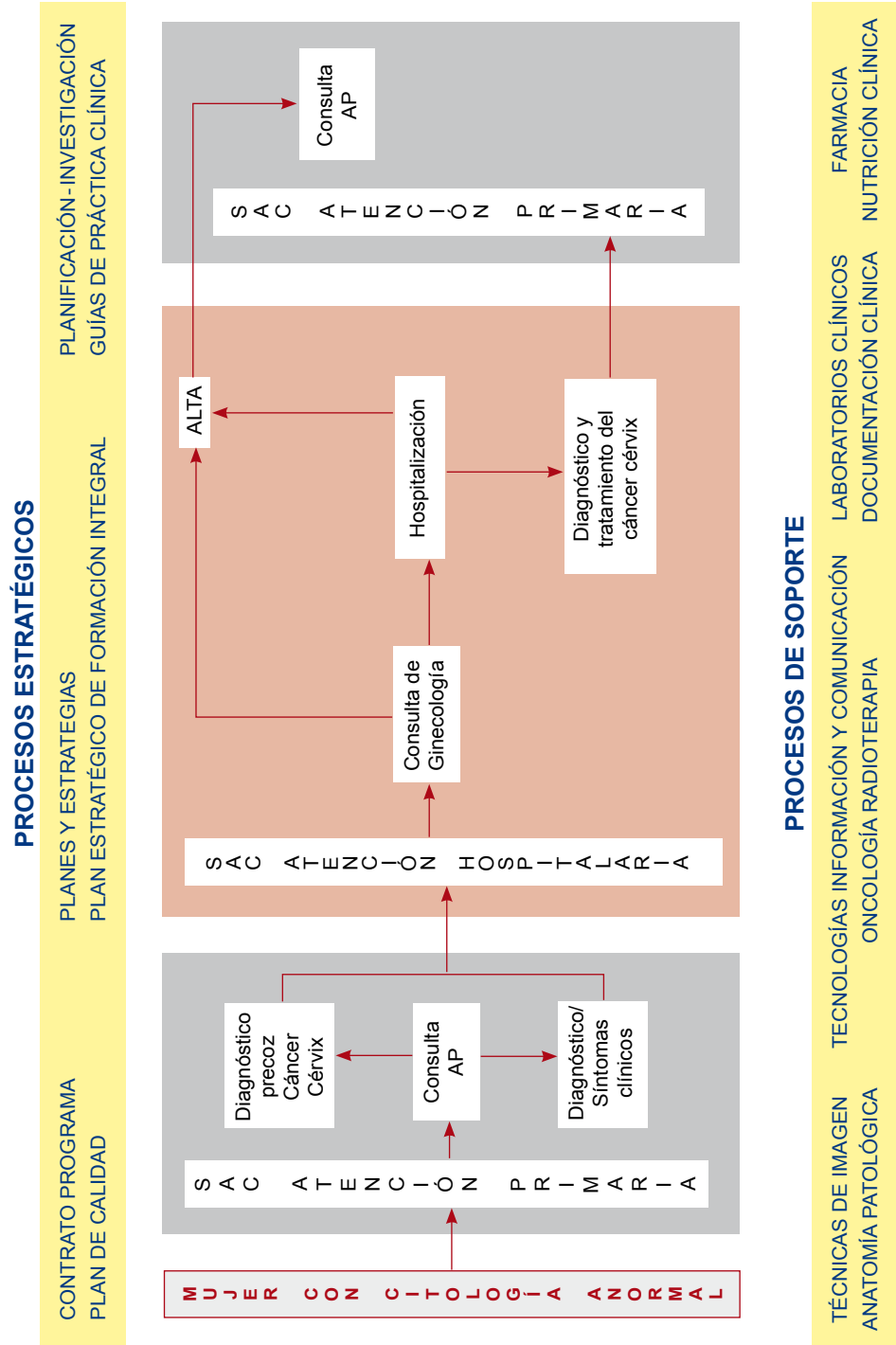
Representación gráfica del PAI

La representación Global del Proceso Asistencial Integrado nos permite visualizar la amplitud real del mismo, iniciándose el Proceso Operativo (clínico-asistencial) tras el contacto de la persona con el Sistema Sanitario por las diferentes entradas posibles (AP-AH), y la atención que los profesionales desde diferentes ámbitos de actuación en Atención Primaria, Atención Hospitalaria, etc. la continuidad de la asistencia al paciente/familia y la salida del PAI, en el marco establecido por los Procesos Estratégicos y sustentados en los Procesos de Soporte.

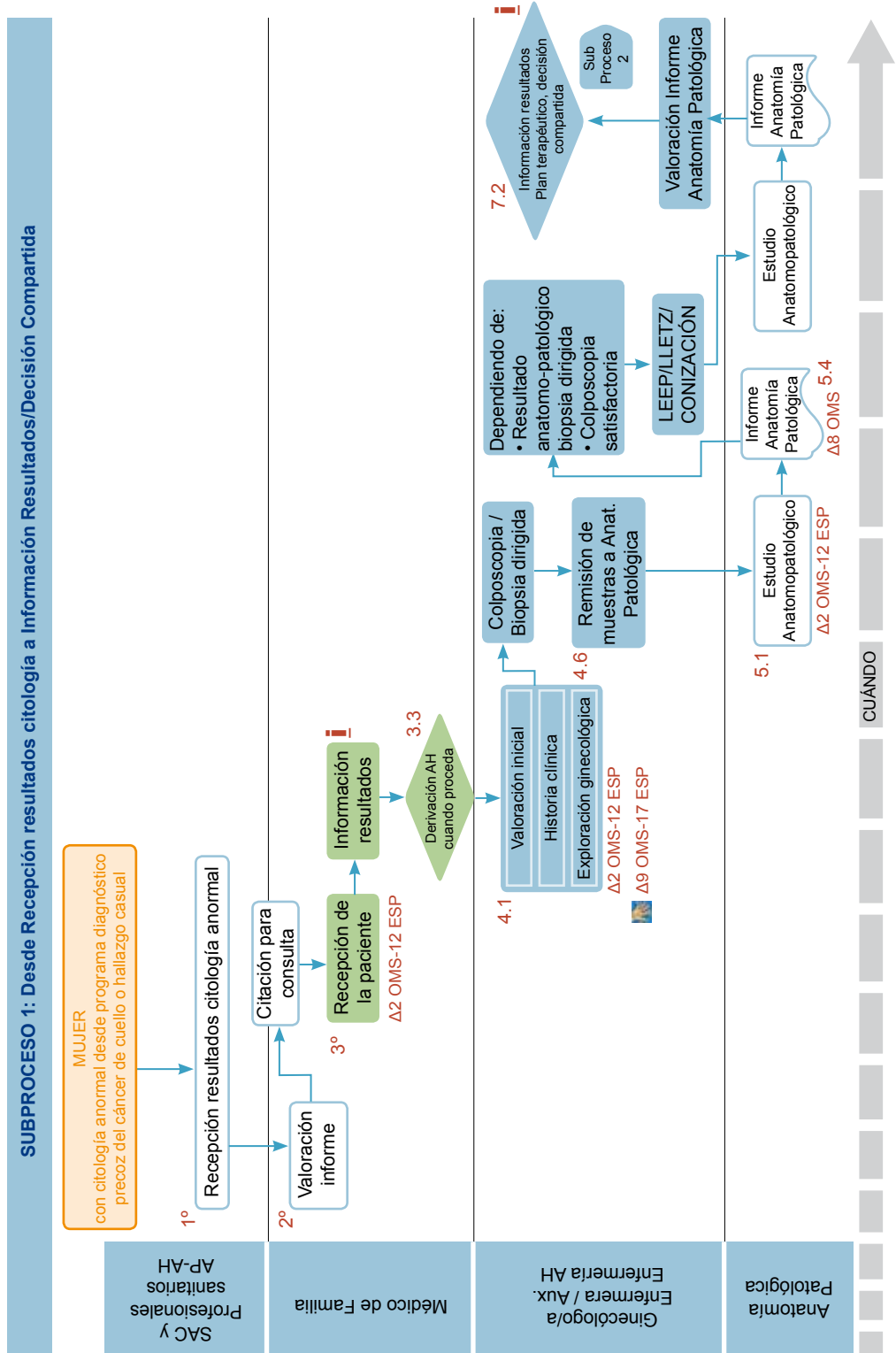
La representación Específica del Proceso Asistencial Integrado, es el modelo gráfico, mediante diagrama de flujos, donde se desglosan las actividades del PAI el QUIÉN, DÓNDE, QUÉ, CÓMO y CUÁNDO.

Lo importante de la representación mediante la utilización de flujogramas, es que con independencia de la utilización de uno u otro modelo (en función de lo que mejor se adapte al PAI determinado), queden claramente reflejados los fines del mismo.

8.1 Representación Global del PAI CÁNCER DE CÉRVIX

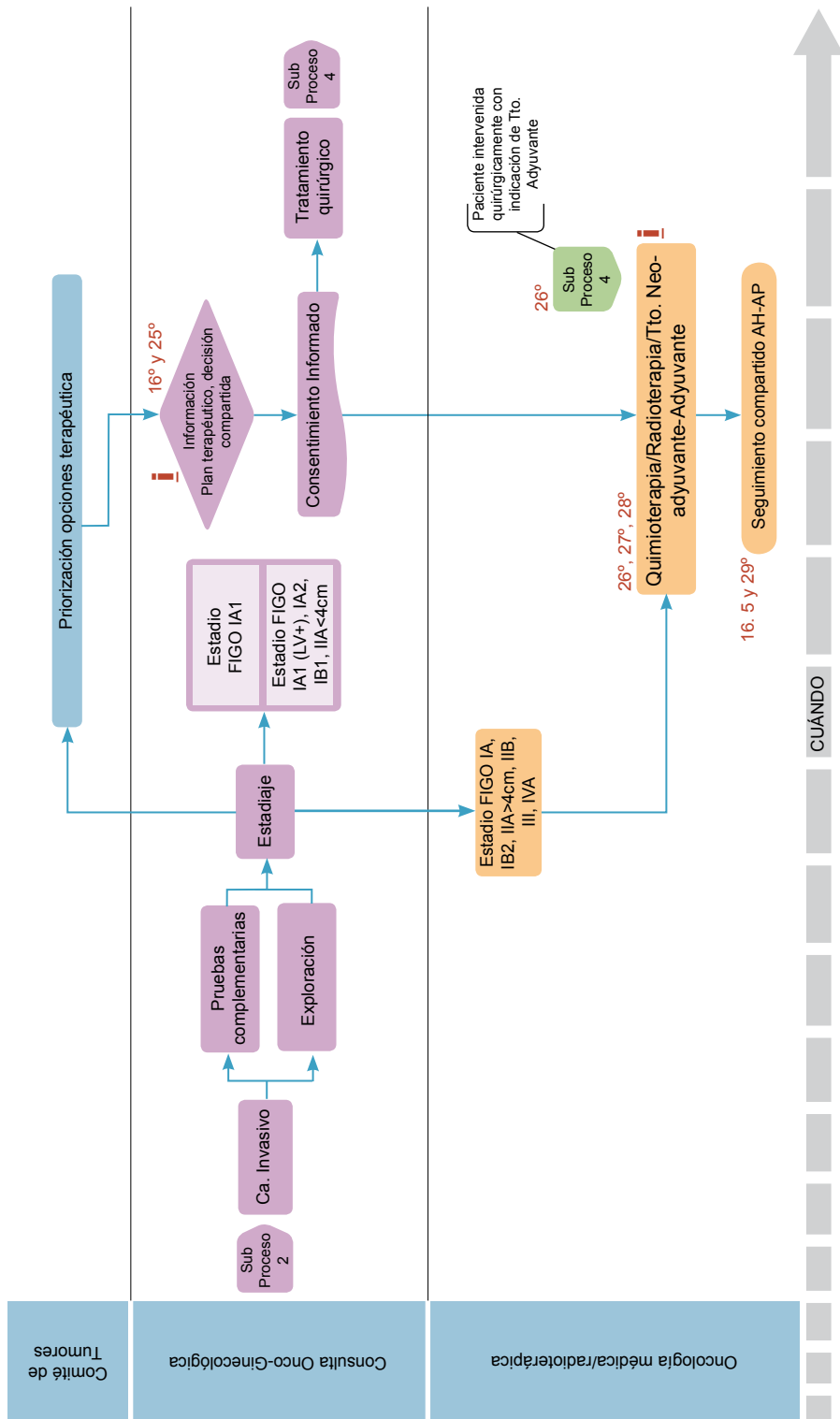


8.2 Representación Específica del PAI CÁNCER DE CÉRVIX

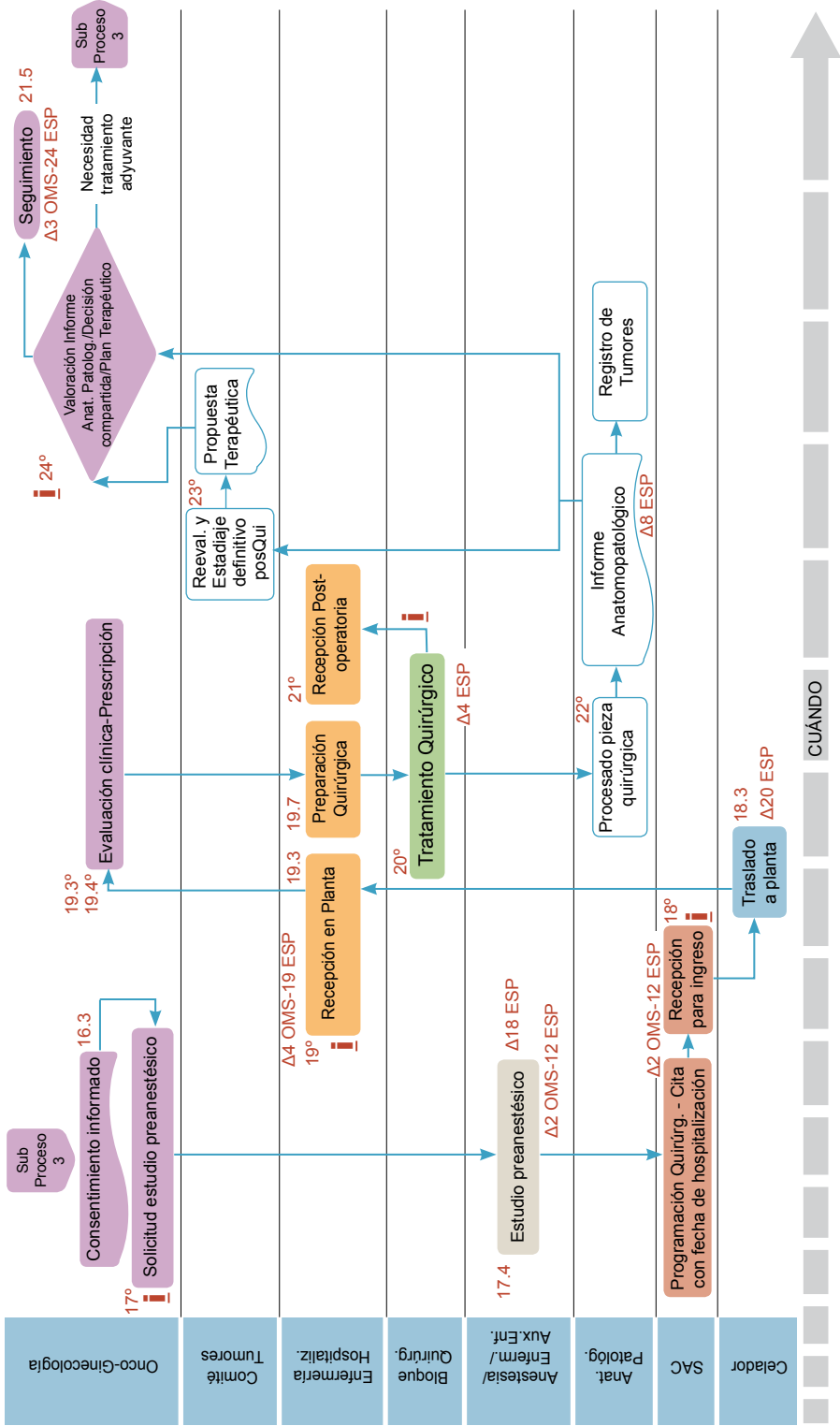




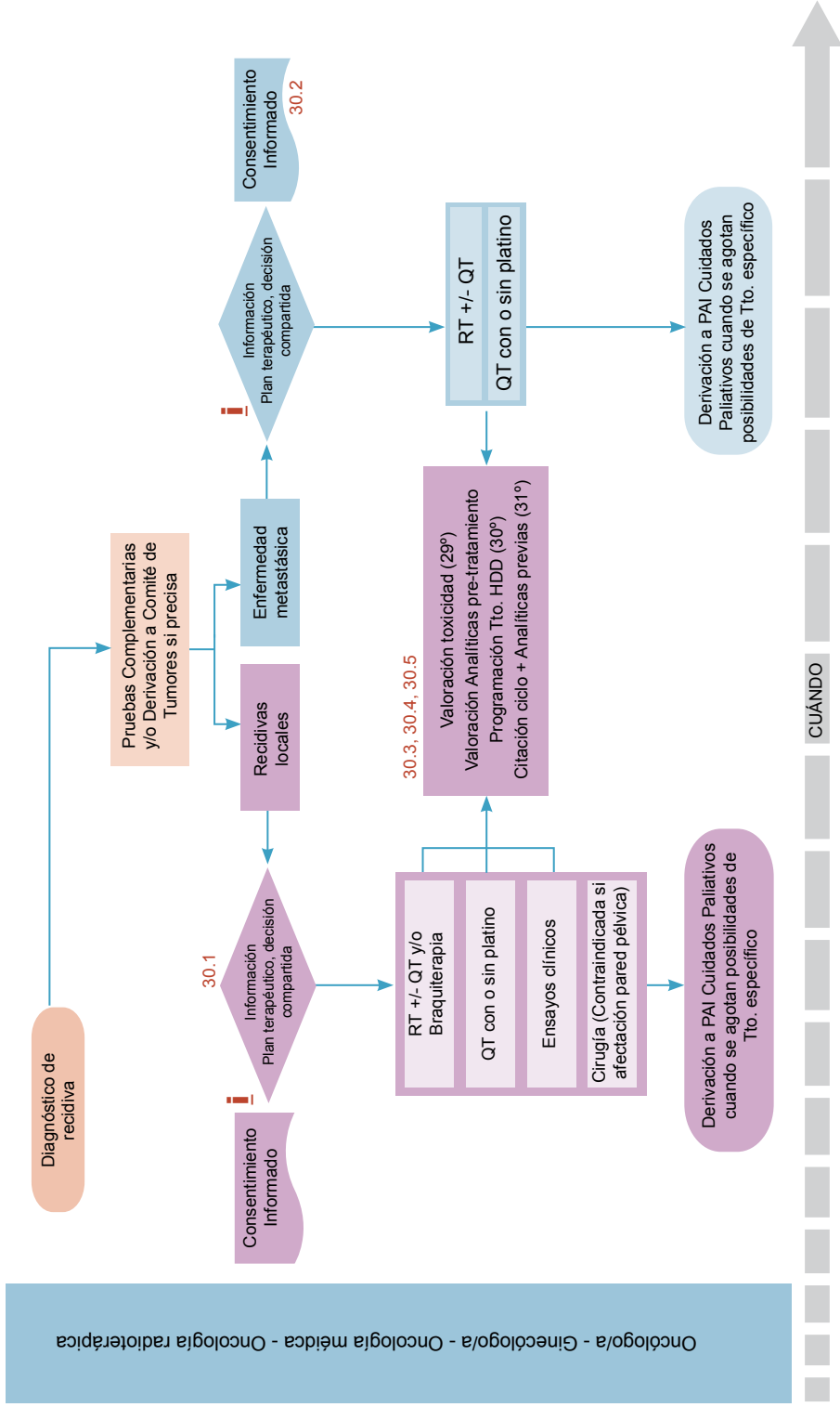
SUBPROCESO 3: Tratamiento Carcinoma Invasivo



SUBPROCESO 4: Tratamiento Quirúrgico Carcinoma Invasivo



SUBPROCESO 5: Tratamiento de las recidivas locales y de la enfermedad metastásica





9

Indicadores

Denominación	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO CON QUIMIOTERAPIA O RADIOTERAPIA O CONCOMITANTE EN PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE CÉRVIX
Fórmula	Número de mujeres diagnosticadas de cáncer de cérvix y que han completado el tratamiento con quimioterapia o radioterapia o concomitante en un plazo inferior a ocho semanas / Numero de mujeres diagnosticadas de cáncer de cérvix y tratadas con quimioterapia o radioterapia o concomitante x 100
Tipo de indicador	Proceso
Dimensión	Efectividad
Fundamento/Justificación	Existencia de criterios de calidad en la administración de tratamiento quimioterapia o radioterapia o concomitante en un plazo máximo de ocho semanas
Población del Indicador	Todas la pacientes diagnosticadas de cáncer de cérvix y en tratamiento con quimioterapia o radioterapia o concomitante
Fuente de datos recomendada	Historia de Salud
Periodicidad	Anual
Estándar	90%

Denominación	LINFADENECTOMÍAS PÉLVICAS CON NÚMERO MÍNIMO ESTABLECIDO DE GANGLIOS EXTIRPADOS ($\geq$ A 11) EN CIRUGÍA RADICAL DE CÁNCER CUELLO UTERINO
Fórmula	Nº de mujeres a las que se practica una linfadenectomía pélvica con el número mínimo establecido de ganglios extirpados ($\geq$ a 11) en cirugía radical de cáncer de cuello uterino/ Nº de mujeres a las que se les practica una linfadenectomía pélvica en cirugía radical de cáncer de cuello uterino x 100
Tipo de indicador	Proceso
Dimensión	Efectividad
Fundamento/Justificación	La evaluación de la afectación tumoral de los ganglios linfáticos pélvicos y/o paraórticos se considera de valor pronóstico para establecer pautas terapéuticas posteriores a la intervención quirúrgica, por ello se requiere un número mínimo de ganglios linfáticos extirpados
Población del Indicador	Pacientes intervenidas quirúrgicamente por cirugía radical de cáncer de cuello uterino
Fuente de datos recomendada	CMBD (Códigos CIE-9: 68.6; 68.61; 68.7; 68.71; 68.79; 40.52; 40.53) Registros Anatomía Patológica
Periodicidad	Anual
Estándar	90%

Denominación	APARICIÓN DE HEMORRAGIAS POST-OPERATORIA (A CORTO PLAZO ≤ A 4 SEMANAS) TRAS LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE LAS MUJERES A LAS QUE SE LES HA REALIZADO HISTERECTOMÍA RADICAL POR CÁNCER DE CUELLO UTERINO
Fórmula	Nº de mujeres que presentan: hemorragias post-operatorias (a corto plazo ≤ a 4 semanas) tras histerectomía radical / N° de mujeres a las que se les ha realizado histerectomía radical x 100
Tipo de indicador	Resultados
Dimensión	Calidad
Fundamento/ Justificación	En el control de calidad de la cirugía oncológica ginecológica es importante establecer estándares relacionados con morbilidad per–postoperatoria. El grupo de Cáncer Ginecológico de la Organización Europea para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer (EORTC-GCG) ha propuesto evaluar estos indicadores ⁽²¹⁻²²⁾
Población del Indicador	Pacientes a las que se realiza tratamiento quirúrgico por cáncer de cuello uterino (Histerectomía radical)
Fuente de datos recomendada	CMBD (Códigos CIE-9: 68.6 ; 68.61; 68.7; 68.71; 68,79; 40.52 40.53) Historia clínica
Periodicidad	Anual
Estándar	Inferior al 1%

Denominación	APARICIÓN DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POST-OPERATORIA (A CORTO PLAZO $\leq$ A 4 SEMANAS) TRAS LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE LAS MUJERES A LAS QUE SE LES HA REALIZADO HISTERECTOMÍA RADICAL POR CÁNCER DE CUELLO
Fórmula	$\frac{\text{Nº de mujeres que presentan obstrucción intestinal (a corto plazo } \leq \text{ a 4 semanas) tras histerectomía radical}}{\text{Nº de mujeres a las que se les ha realizado Histerectomía radical}} \times 100$
Tipo de indicador	Resultados
Dimensión	Calidad
Fundamento/ Justificación	En el control de calidad de la cirugía oncológica ginecológica es importante establecer estándares relacionados con morbilidad per–postoperatoria. El grupo de Cáncer Ginecológico de la Organización Europea para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer (EORTC-GCG) ha propuesto evaluar estos indicadores ⁽²¹⁻²²⁾
Población del Indicador	Pacientes a las que se realiza tratamiento quirúrgico por cáncer de cuello uterino (Histerectomía radical)
Fuente de datos recomendada	CMBD (Códigos CIE-9: 68.6 ; 68.61; 68.7; 68.71; 68,79; 40.52 40.53) Historia clínica
Periodicidad	Anual
Estándar	Inferior al 1%

Denominación	APARICIÓN DE LESIONES POST-OPERATORIAS DEL TRACTO URINARIO (A CORTO PLAZO ≤ A 4 SEMANAS) TRAS LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE LAS MUJERES A LAS QUE SE LES HA REALIZADO HISTERECTOMÍA RADICAL POR CÁNCER DE CUELLO
Fórmula	$\frac{\text{Nº de mujeres que presentan lesiones del tracto urinario (a corto plazo } \leq \text{ a 4 semanas) tras histerectomía radical}}{\text{Nº de mujeres a las que se les ha realizado Histerectomía radical}} \times 100$
Tipo de indicador	Resultados
Dimensión	Efectividad
Fundamento/Justificación	En el control de calidad de la cirugía oncológica ginecológica es importante establecer estándares relacionados con morbilidad per–postoperatoria. El grupo de Cáncer Ginecológico de la Organización Europea para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer (EORTC-GCG) ha propuesto evaluar estos indicadores ⁽²¹⁻²²⁾
Población del Indicador	Pacientes a las que se realiza tratamiento quirúrgico por cáncer de cuello uterino (Histerectomía radical)
Fuente de datos recomendada	CMBD (Códigos CIE-9: 68.6 ; 68.61; 68.7; 68.71; 68,79; 40.52 40.53) Historia clínica
Periodicidad	Anual
Estándar	Inferior al 1%

Denominación	PACIENTES QUE PRESENTAN MÁRGENES DE RESECCIÓN LIBRES DE AFECTACIÓN TUMORAL EN PIEZAS QUIRÚRGICAS DE HISTERECTOMÍA RADICAL POR CÁNCER DE CUELLO UTERINO
Fórmula	$\frac{\text{Nº de mujeres a las que se les ha realizado histerectomía radical por cáncer de cuello uterino y cuya pieza anatómica presenta márgenes de resección libres de afectación tumoral}}{\text{Nº de mujeres a las que se les ha realizado histerectomía radical por cáncer de cuello uterino}} \times 100$
Tipo de indicador	Resultados
Dimensión	Efectividad. Calidad.
Fundamento/ Justificación	El propósito de la intervención quirúrgica en el cáncer de cuello uterino es extirpar completamente la tumoración con márgenes de resección libres de tumor, pues ello es un importante factor pronóstico que determina tanto el control local de la enfermedad como la supervivencia
Población del Indicador	Pacientes a las que se realiza tratamiento quirúrgico por cáncer de cuello uterino (Histerectomía radical)
Fuente de datos recomendada	CMBD (Códigos CIE-9: 68.6 ; 68.61; 68.7; 68.71; 68,79; 40.52; 40.53) Registro anatomía patológica Historia clínica
Periodicidad	Anual
Estándar	95%

Denominación	INCIDENCIA DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN POST-OPERATORIO INMEDIATO (4 SEMANAS) DE PACIENTES INTERVENIDAS DE HISTERECTOMÍA RADICAL POR CÁNCER DE CUELLO UTERINO
Fórmula	$\frac{\text{Nº de mujeres que presentan trombosis venosa profunda tras histerectomía radical por cáncer de cuello uterino en el postoperatorio inmediato (\leq 4 semanas)}}{\text{Nº de mujeres a las que se les ha realizado histerectomía radical por cáncer de cuello uterino}} \times 100$
Tipo de indicador	Resultados
Dimensión	Seguridad de pacientes
Fundamento/Justificación	En el control de calidad de la cirugía oncológica ginecológica es importante establecer estándares relacionados con morbilidad per–postoperatoria. El grupo de Cáncer Ginecológico de la Organización Europea para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer (EORTC-GCG) incluyen entre ellos la trombosis venosa profunda ^(21,22)
Población del Indicador	Pacientes a las que se realiza tratamiento quirúrgico por cáncer de cuello uterino (Histerectomía radical)
Fuente de datos recomendada	CMBD Códigos (CIE 9 : 453.4; 453.41; 453.42) Historia clínica
Periodicidad	Anual
Estándar	Inferior al 3%

Denominación	PACIENTES HOSPITALIZADAS CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN CUYO INFORME DE ALTA SE INCLUYE INFORME DE ENFERMERÍA CON PLAN DE CUIDADOS CODIFICADOS SIGUIENDO TERMINOLOGÍA NANDA
Fórmula	$\frac{\text{Nº de mujeres hospitalizadas por cáncer de cuello uterino en cuyo informe de alta se incluye Plan de Cuidados de Enfermería Codificado}}{\text{Nº de mujeres hospitalizadas por cáncer de cuello uterino y dadas de alta}} \times 100$
Tipo de indicador	Resultados
Dimensión	Efectividad
Fundamento/Justificación	Las pacientes intervenidas de cáncer de cuello uterino precisan cuidados específicos en Atención Primaria tras el alta hospitalaria, por lo que es imprescindible que en su informe de alta se incluya un plan de cuidados
Población del Indicador	Pacientes hospitalizadas por cáncer de cuello uterino
Fuente de datos recomendada	CMBD (Códigos CIE-9: 68.6; 68.61; 68.7; 68.71; 68.79; 40.52; 40.53) Historia clínica
Periodicidad	Anual
Estándar	90%

Denominación	UTILIZACIÓN DEL “CHECK-LIST” DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA EN LAS PACIENTES INTERVENIDAS POR LESIONES PRE-NEOPLÁSICAS Y/O CÁNCER DE CUELLO UTERINO
Fórmula	$\frac{\text{Nº de mujeres intervenidas quirúrgicamente por lesiones preneoplásicas y/o cáncer de cuello uterino en las que se ha aplicado el "check-list" de seguridad quirúrgica}}{\text{Nº de mujeres intervenidas quirúrgicamente por lesiones preneoplásicas y/o cáncer de cuello uterino}} \times 100$
Tipo de indicador	Proceso
Dimensión	Seguridad de pacientes
Fundamento/ Justificación	La instauración del listado de seguridad quirúrgica ha demostrado que disminuye significativamente la morbilidad y mortalidad post-operatoria (14-15)
Población del Indicador	Pacientes intervenidas quirúrgicamente por lesiones preneoplásicas y/o cáncer de cuello uterino
Fuente de datos recomendada	CMBD (Códigos CIE-9: 67.2; 67.3, 67.32; 67.39; 68,51; 68.6 ; 68.61; 68.7; 68.71; 68,79; 68.9; 40.52; 40.53) Historia Clínica
Periodicidad	Anual
Estándar	90%

Denominación	REMISIÓN DEL INFORME DE CITOLOGÍA ANORMAL DESDE LOS SERVICIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA (ATENCIÓN HOSPITALARIA) A ATENCIÓN PRIMARIA EN MENOS DE 30 DÍAS
Fórmula	$\frac{\text{Nº de mujeres a las que se les ha realizado una citología en el periodo estudiado y ha sido informada con resultado anormal y el informe se ha recibido en Atención Primaria en menos de 30 días desde la toma}}{\text{Nº de mujeres a las que se les ha realizado una citología en Atención Primaria en el periodo estudiado}} \times 100$
Tipo de indicador	Proceso
Dimensión	Efectividad
Fundamento/ Justificación	Permitir a la estructura asistencial de Atención Primaria organizar la atención de las mujeres que presentan alteraciones citológicas en dependencia de la severidad de la lesión
Población del Indicador	Mujeres que acuden al programa de diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino
Fuente de datos recomendada	Diraya
Periodicidad	Anual
Estándar	90%

Denominación	PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN MUJERES INTERVENIDAS QUIRÚRGICAMENTE POR CÁNCER DE CUELLO UTERINO
Fórmula	$\frac{\text{Nº de mujeres intervenidas quirúrgicamente por cáncer de cuello uterino en las que se ha realizado correctamente profilaxis antibiótica}}{\text{Nº de pacientes intervenidas quirúrgicamente por cáncer de cuello uterino}} \times 100$
Tipo de indicador	Proceso
Dimensión	Efectividad
Fundamento/Justificación	La profilaxis antibiótica reduce la morbilidad infecciosa post-operatoria en la histerectomía radical ⁽²²⁾
Población del Indicador	Todas las pacientes intervenidas quirúrgicamente por cáncer de cuello uterino
Fuente de datos recomendada	Historia clínica
Periodicidad	Anual
Estándar	90%

Denominación	CONIZACIONES REALIZADAS EN LESIONES PREINVASORAS DE CUELLO UTERINO CON BORDES LIBRES DE CONIZACIÓN
Fórmula	$\frac{\text{Nº de mujeres a las que se les realiza una conización en lesiones preinvasoras de cuello uterino y que en estudio anatomopatológico se aprecia bordes libres de conización}}{\text{nº de mujeres a las que se les realiza una conización por lesiones preinvasoras de cuello uterino}} \times 100$
Tipo de indicador	Proceso
Dimensión	Efectividad
Fundamento/Justificación	La persistencia de Neoplasias Cervical Intraepitelial (CIN) en los márgenes de resección puede representar la insuficiente resección de la lesión y considerar otro planteamiento terapéutico y/o evolutivo
Población del Indicador	Todas las pacientes sometidas a conización para diagnóstico/terapéutica
Fuente de datos recomendada	CMBD (códigos CIE-9 67.2 ; 67.3, 67.32; 67.39) Registro anatomía patológica
Periodicidad	Anual
Estándar	70 % conizaciones bordes libres



10

Anexos



ANEXO 1

HOJA DE RUTA DEL PACIENTE

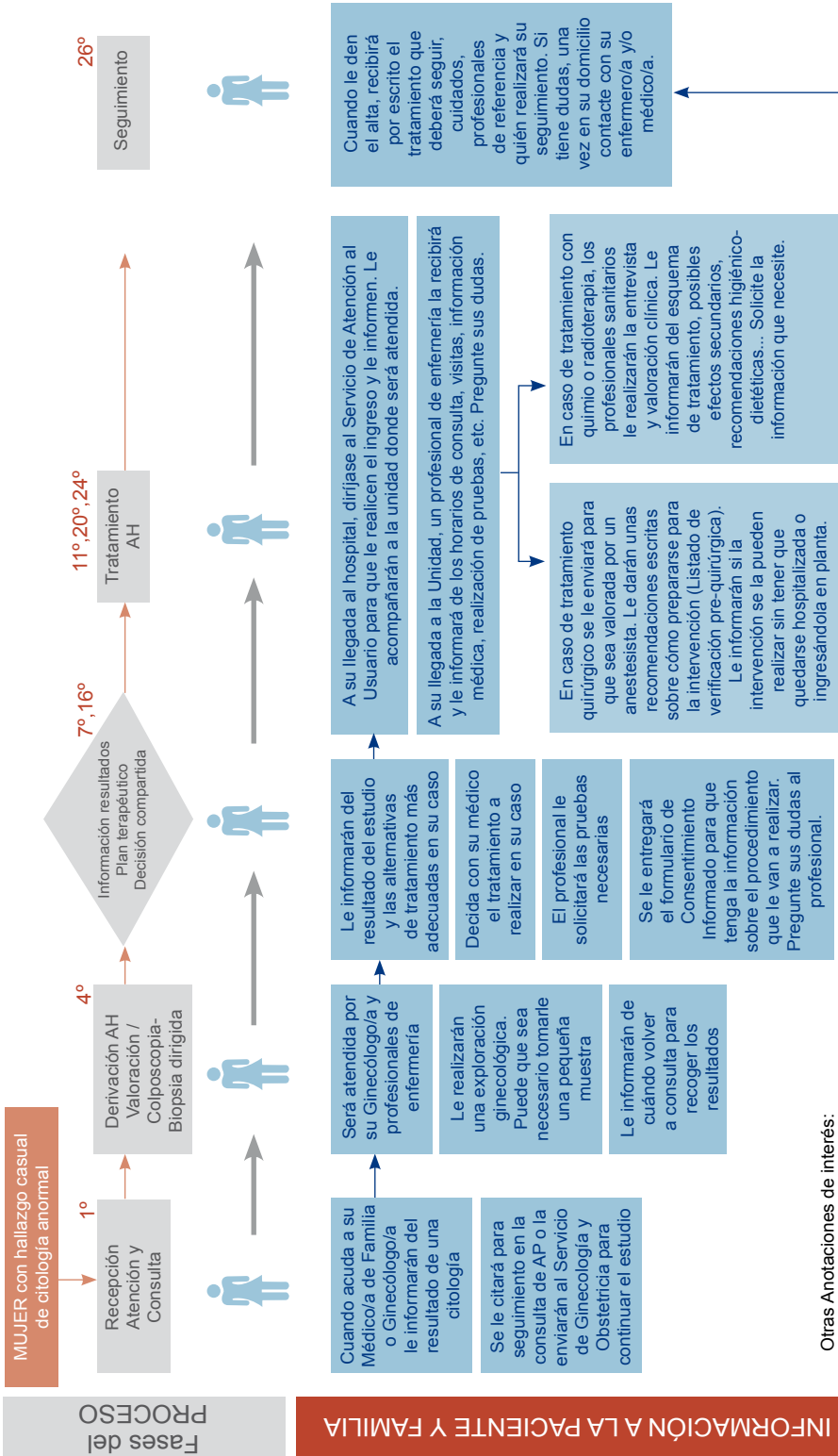
La Hoja de Ruta del Paciente, es una herramienta de información para el paciente y/o su familia, donde se recoge información específica y de utilidad sobre el desarrollo del Proceso Asistencial Integrado.

Su objetivo es facilitar el conocimiento del PAI, identificando las fases del proceso de atención, los ámbitos de actuación (AP-AH-061), los profesionales que intervienen, las actividades a desarrollar, la información y demás elementos que siempre deben estar presentes (los tiempos de respuesta, los puntos críticos para la seguridad, la continuidad de la atención, la educación para la salud, los cuidados, etc.).

Será en el momento de la implantación del PAI, y desde cualquier ámbito de la atención sanitaria, cuando los centros y sus profesionales, en función de las características específicas de su entorno, tendrán que elaborar y adaptar la Hoja de Ruta del Paciente del PAI Cáncer de Cérvix, considerándola como elemento fundamental de información y guía para el paciente y los profesionales en el desarrollo del PAI.

La Hoja de Ruta del Paciente la abrirá el profesional que incluye al paciente en el PAI, se le entregará al paciente y/o su familia, explicándole el objeto de la misma e iniciando así el proceso de información continua entre el paciente y/o su familia y los profesionales que intervienen en las distintas fases del desarrollo del PAI.

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO CÁNCER DE CÉRVIX - HOJA DE RUTA DEL PACIENTE





ANEXO 2

INFORMES CITOLÓGICOS SEGÚN CLASIFICACIÓN BETHESDA (2001)⁽²³⁾

Tipo de muestra

Indicar si es frotis convencional o citología en medio líquido.

Calidad de la muestra

- Satisfactoria para la evaluación (describir la presencia o ausencia de componente endocervical o de zona de transformación y cualquier otro factor que limite la calidad)
- Insatisfactoria para la evaluación (especificar el motivo)
 - Muestra no procesada o rechazada (especificar el motivo: falta de identificación, rotura del porta, etc.)
 - Muestra procesada y examinada, pero insatisfactoria para evaluar anomalías de la celularidad epitelial (especificar el motivo: >75% hemorragia, inflamación intensa, defecto de fijación, insuficiente celularidad escamosa, etc.)

Categorías generales (opcional)

- Negativo para lesión intraepitelial o malignidad (incluir organismos y cambios celulares reactivos)
- Anomalías en células epiteliales (debe especificar escamosa o glandular)
- Otros (p.e: células endometriales en mujer > 40 años. Neoplasia no epitelial)

Interpretación/resultado

• Negativo para lesión intraepitelial o malignidad

- Microorganismos
 - Trichomonas vaginalis
 - Hongos morfológicamente compatibles con Candida spp
 - Alteración de la flora vaginal que sugiere vaginosis bacteriana (predominio de cocobacilos compatible con alteración de la flora vaginal)
 - Bacterias morfológicamente compatibles con Actinomyces spp
 - Alteraciones celulares asociadas al virus del herpes simple
- Otros hallazgos no neoplásicos (opcional; lista no completa)
 - Cambios celulares reactivos asociados a:
 - Inflamación (incluye reparación típica)
 - Radiación
 - DIU
 - Células glandulares en situación posthisterectomía (endometriosis, adenosis, etc.)
 - Atrofia

- **Anomalías en células epiteliales**

- Células escamosas
 - Células escamosas atípicas (ASC)
 - De significado indeterminado (ASC-US)
 - No se puede descartar HSIL (ASC-H)
 - Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LSIL)
Comprende :
 - VPH
 - Displasia leve
 - CIN1
 - Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (HSIL).
Comprende:
 - Displasia moderada y grave, carcinoma in situ / CIN2 y CIN3 (incluir si se evidencian signos sospechosos de invasión)
 - Carcinoma de células escamosas
 - Células glandulares
 - Células glandulares atípicas (AGC) (especificar endocervicales, endometriales, otros tipos no especificados)
 - Células glandulares atípicas, probablemente neoplásicas (especificar endocervicales o de otro tipo no especificado)
 - Adenocarcinoma endocervical in situ (AIS)
 - Adenocarcinoma

Revisión automatizada

(especificar el sistema utilizado y resultado)

Pruebas complementarias

(especificar método y resultado)

Notas y sugerencias

(Opcional. Deben ser concisas, basadas en evidencias o publicaciones relevantes)



ANEXO 3

CONDUCTA A SEGUIR EN LAS CITOLOGÍAS ANORMALES

Células escamosas atípicas (ASC)

• De significado indeterminado(ASCUS):

- En las mujeres que presentan ASCUS menores de 25 años se repetirá la citología en 6 meses (*) (Nivel de evidencia 5, grado de recomendación D) (27,29,44,46)

Si en la citología a los 6 meses:

- H-SIL: Colposcopia
 - ASCUS – L-SIL: Repetir citología a los 12 meses: Si persiste ASCUS o anomalías superiores: Derivar al Servicio de Ginecología y Obstetricia para realización de Colposcopia/biopsia dirigida si procede
- En mujeres mayores de 25 años existen dos opciones (*):
 - 1ª Opción: realizar Test de VPH (genotipos alto riesgo):
 - Si es positivo: Derivar para la realización de Colposcopia. Las pacientes portadoras de un test para HPV de alto riesgo positivo, tienen de un 15% a un 27% de posibilidades de presentar un CIN 2-3 o mayor (Nivel de evidencia 5, grado de recomendación D)(27)(Nivel de evidencia 2b, grado de recomendación B)(28)
 - Si es negativo: Citología al año
 - Si nuevamente es negativa: cribado poblacional
 - Si presenta ASCUS o anomalías superiores: Derivar al Servicio de Ginecología y Obstetricia) para realización de Colposcopia / biopsia dirigida si procede
 - 2ª Opción: Repetir la citología a los 6 y 12 meses (Nivel de evidencia 5, grado de recomendación D)(29).
 - Si ambas citologías son negativas, continuar con cribado rutinario
 - Si alguna de ellas se informa como ASC-US o superior, derivar al Servicio de Ginecología y Obstetricia para realización de colposcopia/ biopsia dirigida si procede
 - Poblaciones especiales :
 - Mujeres inmunodeprimidas: La presencia de ASC-US en las citologías es bastante común en las mujeres con VIH; se han referido porcentajes entre el 60-78% (Nivel de evidencia 3b. Grado de recomendación B)(30) (Nivel de evidencia 4, grado de recomendación C)(31). Aunque se ha recomendado remitirlas directamente a colposcopia, publicaciones recientes han referido una baja prevalencia de CIN II-III y de infección por VPH-AR (Nivel de evidencia 4, grado de recomendación C)(33) por lo que puede seguirse la misma conducta que en mujeres no inmunodeprimidas.

• Células escamosas de significado incierto sin poder descartar H-SIL (ASC-H): derivar al Servicio de Ginecología y Obstetricia).(Nivel de evidencia 5, grado de recomendación D)(29)

Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (L-SIL)

- En mujeres menores de 25 años (*): Repetir citología a los 6 meses:
 - Si es negativa: Citología al año. Si nuevamente negativa: cribado poblacional.
 - Si es positiva:
 - H-SIL: Derivar al Servicio de Ginecología y Obstetricia para Colposcopia
 - ASCUS/L-SIL: Repetir la citología a los 12 meses. Si persiste ASCUS o superiores, derivar al Servicio de Ginecología y Obstetricia para Colposcopia
- Mujeres mayores 25 años: remitir a Atención Hospitalaria (Servicio de Ginecología y Obstetricia)(Nivel de evidencia 4, grado de recomendación C)⁽²⁵⁾. No es necesario realizar el test de VPH dado que hasta 80% de estas pacientes presentan un test positivo (Nivel de evidencia 4, grado de recomendación C)⁽³⁵⁾
- Poblaciones especiales:
 - Postmenopáusicas: Las cifras de detección de VPH y de CIN II-III en esta población son bajas (Nivel de evidencia 4, grado de recomendación C)⁽³⁶⁾, por ello se aconseja una actitud en el L-SIL similar al ASCUS. Un episodio de sangrado posmenopáusico requiere una evaluación ginecológica completa, con una citología, pero no es una indicación de colposcopia (Nivel de evidencia 5, grado de recomendación D)⁽⁴⁰⁾
 - Gestantes: El riesgo de cáncer en las mujeres con L-SIL es muy bajo y hay estudios que evidencian que la conducta no debe cambiar con respecto a otras mujeres no gestantes ⁽³⁷⁾. La toma de un frotis debe posponerse en las mujeres gestantes con historia de cribado negativo a menos que la fecha de la última citología fuera mayor a los cinco años. Si una mujer es avisada para un cribado rutinario y está embarazada, la citología debe ser aplazada. Si la citología previa fue anormal y la mujer está embarazada, el seguimiento no debe ser pospuesto (Nivel de evidencia 5, grado de recomendación D)⁽⁴⁰⁾

Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (H-SIL) / carcinoma de células escamosas / células glandulares atípicas (AGC) / adenocarcinoma endocervical in situ (AIS) / adenocarcinoma

- Derivar al Servicio de Ginecología y Obstetricia para colposcopia-biopsia dirigida. Más del 95% de las alteraciones celulares compatibles con lesiones intraepiteliales de alto grado corresponden a lesiones histológicas de alto grado (Nivel de evidencia 4, grado de recomendación C)⁽³⁸⁾
- La presencia de Células Glandulares Atípicas (AGC) es un evento raro, sólo presente en 0.5% de las citologías cervicales. Dadas las posibles causas subyacentes (adenocarcinoma, hiperplasias, neoplasias cervicales intraepiteliales) es importante una exhaustiva evaluación de las pacientes (Nivel de evidencia 5, grado de recomendación D)⁽²⁹⁾, pues el riesgo de una lesión escamosa glandular de alto grado es del 10-39%. Debe realizarse una colposcopia, que incluya un estudio endocervical y, en presencia de células endometriales atípicas, también un estudio endometrial ^(29,39-41)

(*) Se ha referido que la prevalencia de infecciones por VPH - AR en mujeres entre 18-22 años es del 71% frente a 31% en las mayores de 29 años (Nivel de evidencia 2b, grado de recomendación B)⁽²⁸⁾. Otros estudios muestran una prevalencia del 77% en mujeres de 19 o menos años frente al 58% en mayores de 25 años (Nivel de evidencia 5, grado de recomendación D)⁽⁴²⁾.

Por lo tanto, no es útil el uso de este test en mujeres adolescentes dada la alta prevalencia y el carácter transitorio de la infección por VPH-AR. Estudios de seguimiento prospectivos muestran alta tasa de regresión a la normalidad, en torno al 91% en 36 meses y una presencia de CIN II-III del 7% (Nivel de evidencia 4, grado de recomendación C)⁽⁴³⁾.

En lo que refiere a la edad recomendada para realizar Test de VPH en mujeres con citologías informadas como ASCUS, existe controversia: la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPCC), en su recomendaciones publicadas en 2006, lo establece en 25 años (Nivel de evidencia 5, grado de recomendación D)⁽⁴⁴⁾; la ASCCP en su guía clínica de 2006⁽²⁶⁾, la Guía Clínica Clearinghouse de 2008⁽²⁵⁾, y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) 2008⁽²⁷⁾, a partir de los 20 años; la guía clínica canadiense sobre VPH de 2007 (Nivel de evidencia 5, grado de recomendación D)⁽⁴⁵⁾, a partir de los 30 años. Se ha considerado establecer la edad de 25 años recomendada por la AEPCC (Nivel de evidencia 5, grado de recomendación D)⁽⁴⁴⁾.



ANEXO 4

CLASIFICACIÓN HALLAZGOS COLPOSCÓPICOS, BARCELONA 2002

Comité de Nomenclatura de la Federación Internacional de Patología Cervical y Colposcopia⁽⁴⁷⁾

I. Hallazgos colposcópicos normales
A. Epitelio escamoso original B. Epitelio columnar C. Zona de transformación: a. Tipo 1, localizada en el ectocérvix, totalmente visible b. Tipo 2, con un componente endocervical totalmente visible c. Tipo 3, con un componente endocervical no totalmente visible
II. Hallazgos colposcópicos anormales
A. Epitelio acetoblanco B. Punteado C. Mosaico D. Negatividad al yodo E. Vasos atípicos
III. Características colposcópicas sugestivas de lesión de bajo grado (cambios menores)
A. Superficie lisa con un borde externo regular B. Cambio acetoblanco mínimo, que aparece lentamente y desaparece con rapidez C. Positividad leve al yodo, a menudo parcialmente moteada D. Punteado fino y mosaico fino y regular
IV. Características colposcópicas sugestivas de lesión de alto grado (cambios mayores)
A. Superficie generalmente lisa con un borde exterior bien definido B. Cambio acetoblanco denso, que aparece pronto y desaparece lentamente (blanco ostra) C. Color acetoblanco denso en los orificios glandulares D. Negatividad al yodo, de aspecto amarillento en un epitelio intensamente blanco E. Punteado grosero y mosaico extenso e irregular con losetas de diferentes tamaños F. Un cambio acetoblanco denso en el epitelio columnar puede indicar enfermedad glandular
V. Características colposcópicas sugestivas de cáncer invasivo
A. Superficie irregular, erosiva o ulcerada B. Cambio acetoblanco denso C. Punteado y mosaico extenso e irregular D. Vasos atípicos
VI. Colposcopia insatisfactoria
A. Unión escamoso-columnar no visible B. Asociación con trauma, inflamación o atrofia que impida valorar C. No se visualiza cuello
VII. Hallazgos misceláneos
A. Condilomas B. Queratosis C. Erosión D. Inflamación E. Atrofia F. Deciduos

Uno de los aspectos más importantes de esta clasificación es la consideración de tres tipos de zona de transformación en dependencia de:

- Extensión/tamaño de componente exocervical de la zona de transformación
- Localización de límites superiores de la zona de transformación
- Visualización de los límites superiores de la zona de transformación

	Extensión / tamaño	Localización	Visibilidad	Colposcopia
Tipo 1	Pequeña	Exocervical	Completamente visible	SATISFACTORIA
Tipo 1	Grande	Exocervical	Completamente visible	SATISFACTORIA
Tipo 2	Pequeña	Parcialmente endocervical	Completamente visible	SATISFACTORIA
Tipo 2	Grande	Parcialmente endocervical	Completamente visible	SATISFACTORIA
Tipo 3	-----	Endocervical	No totalmente visible	NO SATISFACTORIA
Tipo 3	Pequeña	Parcialmente endocervical	No totalmente visible	NO SATISFACTORIA
Tipo 3	Grande	Parcialmente endocervical	No totalmente visible	NO SATISFACTORIA

Consideraciones respecto al tratamiento (Nivel de evidencia 5, grado de recomendación D)⁽⁴⁸⁾:

Tipo 1: Serían posibles tratamientos destructivos o escisionales

Tipo 2: Aunque también podrían considerarse tratamientos destructivos, el tratamiento recomendado es el escisional

Tipo 3: Debe realizarse siempre tratamiento escisional



ANEXO 5

PAUTA A SEGUIR EN DEPENDENCIA DE LOS HALLAZGOS COLPOSCOPICOS

- En ausencia de cambios mayores:
 - Citología a los 6 – 12 meses o Test de VPH- AR a los 12 meses.
 - Si test de VPH- AR o ambas citologías negativas: cribado poblacional.
- Ante la presencia de cambios mayores se realizará biopsia cuello uterino.
- En lesiones no visibles / Colposcopia insatisfactoria, lesiones de alto grado H-SIL, AGC y AIS excepto en gestantes se realizará biopsia/legrado endocervical (Nivel de evidencia 5, grado de recomendación D)⁽⁴⁴⁾.
- Ante una citología con células glandulares atípicas, se realizará además biopsia endometrial en los siguientes casos (Nivel de evidencia 5, grado de recomendación D)⁽⁴⁴⁾:
 - Mujeres mayores de 35 años.
 - Metrorragias.
 - Presencia de factores de riesgo de neoplasia endometrial.
 - Presencia de células endometriales atípicas.
- Si en la citología se aprecian lesiones alto grado (H-SIL) y colposcopia insatisfactoria (zona de transformación no visible), valorar la posibilidad de realizar diagnóstico excisional (Escisión con asa de diatermia, LLETZ) excepto en gestantes y adolescentes. (Nivel de evidencia 5, grado de recomendación B)⁽²⁹⁾.



ANEXO 6

INFORME ANATOMOPATOLÓGICO DE MUESTRAS QUIRÚRGICAS CON NEOPLASIAS CERVICALES INTRAEPITELIALES/CARCINOMA DE CUELLO UTERINO

Los elementos que se han de evaluar en el estudio deben recogerse de forma sistemática, a partir de la información que contienen las guías protocolizadas de expertos, como la que se propone del Comité del Cáncer del Colegio Americano de Patólogos (Protocolo revisado en Octubre 2009) basado en AJCC/UICC TNM, 7th edition and FIGO 2008 Annual Report ⁽⁴⁹⁾.

CUELLO UTERINO: Escisión (Conización/Conización con asa diatérmica), Traquelectomía, Histerectomía, Exenteración Pélvica

Seleccionar al menos una respuesta de las que se proponen.

Espécimen (seleccionar todo lo que corresponda)

- ☐ Cuello
- ☐ Otro (especificar): _____
- ☐ No especificado

Procedimiento quirúrgico (seleccionar todo lo que corresponda)

- ☐ Escisión de cono con bisturí
- ☐ Loop electrical excision procedure (LEEP) / large loop excision of the transformation zone (LLETZ)
- ☐ Traquelectomía Radical
- ☐ Histerectomía Radical
- ☐ Otro (especificar): _____
- ☐ No especificado

Localización Tumoral (Notas A, B, y C)

- ☐ Cuadrante superior derecho (12 a 3 horas)
- ☐ Cuadrante inferior derecho (3 a 6 horas)
- ☐ Cuadrante inferior izquierdo (6 a 9 horas)
- ☐ Cuadrante superior izquierdo (9 a 12 horas)
- ☐ No especificado

Tamaño Tumoral

- Dimensiones máximas: ____ cm
- Dimensiones adicionales: ____ x ____ cm
- ☐ No puede ser determinada (ver comentario)

Nota: Todas las dimensiones son importantes; ver definición de “carcinoma microinvasor” T1a1/IA1

Tipo Histológico (seleccionar todo lo que corresponda) (Nota D)

- ☐ Carcinoma de células escamosas
 - * ☐ Queratinizante
 - * ☐ No Queratinizante
 - * ☐ Otro (especificar): _____
- ☐ Adenocarcinoma
 - ☐ Mucinoso
 - * ☐ Tipo Endocervical
 - * ☐ Tipo Intestinal
 - * ☐ Otro
 - ☐ Endometriode

- ☐ Células claras
☐ Otro (especificar): _____
☐ Otro (especificar): _____
☐ Carcinoma, el tipo no puede ser determinado

Grado Histológico (Nota E)

- ☐ No aplicable
☐ GX: No puede ser evaluado
☐ G1: Bien diferenciado
☐ G2: Moderadamente diferenciado
☐ G3: Pobremente diferenciado

Invasión Estromal

- Profundidad: ____ mm
 Extensión horizontal: ____ mm
☐ La extensión no puede ser evaluada

Márgenes (seleccionar todo lo que corresponda) (Nota F)

- ☐ Los márgenes no pueden ser evaluados (ej, artefacto por electrocauterio)

MARGEN ENDOCERVICAL

- ☐ No afectado por carcinoma invasor
 * Distancia del carcinoma invasor desde el margen: ____ mm
 * Especificar localización, si es posible: _____
☐ Afectado por carcinoma invasor
 * Especificar localización, si es posible: _____
 * ☐ Focal
 * ☐ Difuso
☐ No afectado por neoplasia escamosa intraepitelial
☐ Afectado por neoplasia escamosa intraepitelial
 * Especificar Grado: _____
☐ No afectado por adenocarcinoma in situ
☐ Afectado por adenocarcinoma in situ

MARGEN EXOCERVICAL

- ☐ No afectado por carcinoma invasor
 * Distancia del carcinoma invasor desde el margen: ____ mm
 * Especificar localización, si es posible: _____
☐ Afectado por carcinoma invasor
 * Especificar localización, si es posible: _____
 * ☐ Focal
 * ☐ Difusa
☐ No afectado por neoplasia escamosa intraepitelial
☐ Afectado por neoplasia escamosa intraepitelial
 * Especificar Grado: _____
☐ No afectado por adenocarcinoma in situ
☐ Afectado por adenocarcinoma in situ

MARGEN PROFUNDO

- ☐ No afectado por carcinoma invasor
* Distancia del carcinoma invasor desde el margen: ____ mm
* Especificar localización, si es posible: _____
- ☐ Afectado por carcinoma invasor
* Especificar localización, si es posible: _____
- * ☐ No afectado por neoplasia escamosa intraepitelial
* ☐ Afectado por neoplasia escamosa intraepitelial
* Especificar Grado: _____
- ☐ No afectado por adenocarcinoma in situ
☐ Afectado por adenocarcinoma in situ

Invasión Linfo-Vascular (Nota G)

- ☐ No identificada
☐ Presente
☐ Indeterminada

*Hallazgos Patológicos adicionales (seleccionar todo lo que corresponda)

- * ☐ No identificados
* ☐ Coilocitosis
* ☐ Inflamación
* ☐ Otros (especificar): _____

*Comentario(s)

* Los elementos señalados con asterisco no son obligatorios cumplimentarlos. No obstante, esos elementos pueden ser clínicamente importantes aunque no hayan sido validados o utilizados regularmente en la gestión de los pacientes.

CUELLO UTERINO: Traquelectomía, Histerectomía, Exenteración Pélvica

Seleccionar al menos una respuesta de las que se proponen.

Espécimen (seleccionar todo lo que corresponda) (Nota H)

- ☐ Cuello
☐ Cuerpo uterino
☐ Ovario derecho
☐ Ovario izquierdo
☐ Trompa de Falopio derecha
☐ Trompa de Falopio izquierda
☐ Vagina
☐ Vejiga urinaria
☐ Recto
☐ Otro (especificar): _____
☐ No especificado

Procedimiento quirúrgico

- ☐ Traquelectomía
- ☐ Histerectomía Radical
- ☐ Exenteración Pélvica
- ☐ Otro (especificar): _____
- ☐ No especificar

Tamaño tumoral

Dimensiones máximas: ____ cm

*Dimensiones adicionales: ____ x ____ cm

☐ No puede ser determinada (ver comentario)

Localización tumoral (seleccionar todo lo que corresponda)

- ☐ Cuadrante superior derecho (12 a 3 horas)
- ☐ Cuadrante inferior derecho (3 a 6 horas)
- ☐ Cuadrante inferior izquierdo (6 a 9 horas)
- ☐ Cuadrante superior izquierdo (9 a 12 horas)
- ☐ No especificado

Tipo Histológico (seleccionar todo lo que corresponda) (Nota D)

- ☐ Carcinoma de células escamosas
 - * ☐ Queratinizante
 - * ☐ No Queratinizante
 - * ☐ Otro (especificar): _____
- ☐ Adenocarcinoma
 - ☐ Mucinoso
 - * ☐ Tipo Endocervical
 - * ☐ Tipo Intestinal
 - * ☐ Otro
 - ☐ Endometriode
 - ☐ Células claras
 - ☐ Otro (especificar): _____
- ☐ Otro (especificar): _____
- ☐ Carcinoma, el tipo no puede ser determinado

Grado Histológico (Nota E)

- ☐ No aplicable
- ☐ GX: No puede ser evaluado
- ☐ G1: Bien diferenciado
- ☐ G2: Moderadamente diferenciado
- ☐ G3: Pobremente diferenciado

Márgenes (seleccionar todo lo que corresponda) (Nota F)

- ☐ No puede ser evaluado
- ☐ Márgenes no afectados por carcinoma invasor
 - Distancia del carcinoma invasor desde el margen: ____ mm
 - Especificar margen, si es posible: _____
 - ☐ No se identifica carcinoma in situ en el margen distal
 - ☐ Presencia de carcinoma in situ en margen distal

___ Margen (es) afectado por carcinoma invasor
___ Especificar margen (es), si es posible: _____
___ No aplicable

Invasión Linfo-Vascular (Nota G)

___ No identificada
___ Presente
___ Indeterminada

Estadíaje Patológico (pTNM [FIGO]) : Se recoge en el Anexo 10

Descriptores TNM (requeridos sólo si son aplicables) son:

___ m (tumor primario múltiple)
___ r (recurrente)
___ y (post-tratamiento)

***Hallazgos Patológicos Adicionales (seleccionar todo lo que corresponda)**

* ___ No identificados
* ___ Neoplasia intraepitelial (especificar tipo y grado): _____
* ___ Otros (especificar): _____

***Estudios Complementarios**

*Especificar: _____

***Comentario(s)**

* Los elementos señalados con asterisco no son obligatorios cumplimentarlos. No obstante, esos elementos pueden ser clínicamente importantes aunque no hayan sido validados o utilizados regularmente en la gestión de los pacientes.

Notas aclaratorias

• Orientación de los especímenes

Si el espécimen es el resultado de una conización o biopsia escisional, es aconsejable que el cirujano lo oriente para facilitar la evaluación de los márgenes de resección (ej, marcar con hilo a las 12 horas). No obstante, las piezas quirúrgicas frecuentemente se reciben sin orientación. En esos casos, la orientación por parte del patólogo es arbitraria.

• Manejo de los especímenes (Cono/Procedimiento de escisión con asa de electrocoagulación)

Los márgenes quirúrgicos deben pintarse con tinta y realizarse cortes seriados orientados por cuadrantes. En piezas grandes no fijadas, el margen endocervical debe pintarse con tinta, abrirse y extenderse en un corcho con la mucosa orientada hacia arriba para su fijación. Tres horas de fijación antes de cortar se considera un tiempo óptimo. El espécimen debería ser seccionado completamente a intervalos de 1 a 3mm. Cada sección de tejido puede ser marcada con tinta para orientar la realización del bloque de parafina y facilitar así la evaluación de los

márgenes. Para una evaluación óptima las secciones se introducen en las cassettes por separado y se numeran consecutivamente.

• **Ausencia de Tumor**

Si en una citología o biopsia hay ausencia de tumor, la idoneidad del espécimen (ej presencia de epitelio glandular o escamoso) debería comentarse. La ausencia de tumor o lesiones precursoras en piezas de resección debe siempre ser documentada.

• **Tipo Histológico**

Se recomienda la clasificación propuesta por la OMS

Clasificación Histológica del Carcinoma Cervical y Lesiones Precursoras (OMS)

TUMORES EPITELIALES Y LESIONES RELACIONADAS

• **Lesiones Escamosas**

- Lesiones intraepiteliales escamosas (neoplasia cervical intraepitelial/ lesión intraepitelial escamosa [CIN/SIL])
 - Displasia Leve (CIN 1/lesión intraepitelial escamosa de bajo grado [LSIL])
 - Displasia Moderada (CIN 2/lesión intraepitelial escamosa de alto grado [HSIL])
 - Displasia Severa (CIN 3/HSIL)
 - Carcinoma in situ (CIN 3/HSIL)
- Carcinoma de células escamosas mínimamente invasivo
- Carcinoma de células escamosas
 - Queratinizante
 - No Queratinizante
 - Basaloide
 - Verrugoso
 - Condilomatoso
 - Papilar
 - Linfoepitelioma-like
 - Escamoso-transicional
- Lesiones Glandulares
 - Adenocarcinoma in situ
 - Adenocarcinoma mínimamente invasor
 - Adenocarcinoma
 - Adenocarcinoma Mucinoso
 - Endocervical
 - Intestinal
 - Células en anillo de sello
 - Desviación Mínima
 - Villoglandular
 - Adenocarcinoma Endometrioide
 - Adenocarcinoma de células claras
 - Adenocarcinoma Seroso
 - Adenocarcinoma Mesonéfrico

- Otros Tumores Epiteliales
 - Carcinoma Adenoescamoso
 - Variante Carcinoma Glassy Cell
 - Carcinoma Adenoide Quístico
 - Carcinoma Adenoide de células basales
 - Tumores Neuroendocrinos
 - Carcinoide
 - Carcinoide Atípico
 - Carcinoma de células pequeñas
 - Carcinoma neuroendocrino de células grandes
 - Carcinoma indiferenciado

• Grado Histológico

Una amplia variedad de sistemas de graduación se han usado para el carcinoma de células escamosas del cérvix. Unos evalúan sólo la diferenciación celular y otros evalúan hallazgos adicionales tales como la apariencia de los márgenes del tumor, la extensión del infiltrado inflamatorio y la invasión vascular. No obstante, no hay consenso en la literatura de que algún sistema sea reproducible o que facilite información pronóstica de utilidad. Actualmente informar el grado histológico es opcional.

Para gradar el carcinoma escamoso invasor se sugiere que sean utilizados 3 grados:

- GX No puede ser evaluado
- G1 Bien diferenciado
- G2 Moderadamente diferenciado
- G3 Pobremente diferenciado

En contraste con el carcinoma de células escamosas, muchos autores que gradúan el adenocarcinoma cervical de acuerdo a su arquitectura (glandular y papilar versus áreas sólidas) y sus hallazgos nucleares han encontrado que el grado tiene valor pronóstico.⁽²⁻⁴⁾

- G1 Pequeño componente de crecimiento sólido y leve a moderada atipia nuclear
- G2 Intermedio entre los grados 1 y 3
- G3 Patrón sólido con severa atipia nuclear

Tumores sin diferenciación o mínima diferenciación, sólo discernible en pequeños focos (carcinomas indiferenciados de la OMS), se clasifican como grado 4.

• Márgenes de Resección

Los márgenes de resección en los carcinomas pueden estar afectados, no afectados o no se pueden determinar su estado. Cualquier margen afectado, endocervical, ectocervical, profundo u otro, debería ser especificado. Si no se puede determinar, la razón debería ser especificada (ej, artefacto por electrocauterio). La severidad y extensión de una lesión precursora (ej, focal o difusa) afectando un margen de resección de un cono debería ser especificada.

Si un tumor invasor queda próximo pero no afecta directamente un margen de resección, la distancia entre el tumor y el margen debería medirse en milímetros. Si un tumor afecta el cuerpo uterino debería determinarse si el primario es cervical o de cuerpo uterino.

• **Invasión Linfo-Vascular**

Muchos ginecólogos piensan que la presencia de invasión vascular/linfática es importante porque puede cambiar la extensión del tratamiento quirúrgico. Específicamente, la Society of Gynecologic Oncologists (SGO) difiere con la Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) en la definición de carcinoma mínimamente invasor. La SGO define tales tumores como aquellos que invaden en profundidad <3 mm, con una anchura de <7 mm, pero lo más importante, con ausencia de invasión linfovascular. A veces, puede ser difícil determinar la invasión linfovascular, en tales casos debería clasificarse como indeterminada.

• **Examen de Vejiga y Recto**

Actualmente, exenteraciones pélvicas son raramente vistas, pero cuando se realizan indican tumores en estadios avanzados. En tales casos la afectación tumoral de vejiga urinaria y recto debe describirse. Para evaluar estos hallazgos, cortes perpendiculares del recto y vejiga se deben realizar en la mucosa suprayacente al tumor cervical. Un método que facilita una excelente orientación del tumor de las estructuras adyacentes consiste en inflar vejiga y recto con formol y fijarlos durante varias horas. El espécimen en su totalidad puede ser hemiseccionado a través de la neoplasia y así poder obtener cortes apropiados.

• **Estadificación**

El sistema de estadificación TNM para el cáncer cervical aprobado por el American Joint Committee on Cancer (AJCC) y la International Union Against Cancer (UICC) y el sistema paralelo formulado por la Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) son los recomendados. (Anexo 10)

• **Descriptores TNM**

Para la identificación de casos especiales de las clasificaciones TNM o pTNM, se utilizan el sufijo “m” y prefijos “y,” “r,” y “a”. Aunque no afectan el estadio, indican casos que necesitan un análisis separado.

El sufijo “m” indica la presencia de tumor primario múltiple en una única localización y se expresa entre paréntesis: pT (m) NM.

El prefijo “y” indica aquellos casos en los que la clasificación se realiza durante o después de iniciar terapia multimodal (ej, quimioterapia neoadyuvante, radioterapia o ambas quimio y radioterapia). Las categorías cTNM o pTNM se identifican con el prefijo “y”. Las categorías ycTNM o ypTNM indican la extensión del tumor normalmente presente en el momento del examen clínico. La categoría “y” no estima el tumor antes de la terapia multimodal (ej, antes de iniciar terapia neoadyuvante).

El prefijo “r” indica un tumor recurrente después de un intervalo libre de enfermedad documentado y se identifica: rTNM.

El prefijo “a” designa el estadio determinado en la autopsia: aTNM.

• **Descriptores Adicionales**

TUMOR RESIDUAL (R)

Tumor residual después de terapia con intención curativa (ej, resección quirúrgica con fines curativos) se categoriza mediante un sistema conocido por clasificación R.

- RX Presencia de tumor residual no puede ser evaluado
- R0 Ausencia de tumor residual
- R1 Tumor residual microscópico
- R2 Tumor residual macroscópico

Para el cirujano, la clasificación R puede ser útil para indicar que se conoce o asume la extensión de la cirugía realizada. Para el patólogo, la clasificación R es relevante para reseñar el estado de los márgenes de resección del espécimen quirúrgico. Esto es, tumor que afecta márgenes de resección en el estudio patológico puede asumirse que corresponde con tumor residual en la paciente y puede ser clasificado como macroscópico o microscópico de acuerdo a los hallazgos de los márgenes del espécimen.

Invasión Linfo-Vascular

Incluye invasión linfática, vascular o linfo-vascular. By AJCC/UICC convención, la invasión linfo-vascular no afecta la categoría T

Ganglios Linfáticos Regionales (pN0): Células Tumorales Aisladas

Células tumorales aisladas son células simples o en pequeños agregados de no más de 0.2 mm en sus medidas máximas. Células tumorales aisladas en ganglios linfáticos o localizaciones distantes deberían demostrarse con técnicas inmunohistoquímicas (ej, citoqueratinas) o técnicas no-morfológicas/moleculares (ej, citometría de flujo, análisis de DNA, amplificaciones con PCR de marcadores tumorales específicos). No hay actualmente guías en la literatura de cómo deberían codificarse a estas pacientes (en contraste con el carcinoma de mama); hasta que haya estudios disponibles, estas pacientes deberían codificarse como N1, con un comentario de cómo han sido identificadas dichas células.

• **Examen de Parametrio**

El parametrio puede ser medido macroscópicamente, pero su anchura varía de acuerdo a la elasticidad del tejido. Un examen microscópico minucioso del parametrio es importante para la evaluación de los márgenes laterales y/o extensión a tejidos blandos.



ANEXO 7

**PROPUESTA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA
EN FUNCIÓN DE LOS RESULTADOS ANATOMO-PATOLÓGICO
DE LA BIOPSIA DE CUELLO UTERINO**

• Diagnóstico histológico CIN I (Evidencia 1A).

- La CIN 1 tiene una alta tasa de regresión espontánea. Es realmente infrecuente que una CIN 1 progrese a CIN 2-3, al menos en los primeros 24 meses.
- La recomendación en estos casos es realizar citología a los 6 y 12 meses, y asociar una colposcopia en caso de resultados de esta citología sean ASCUS o mayor (Nivel de evidencia 5, grado de recomendación D) ⁽²⁹⁾.
- En casos de colposcopia insatisfactoria, extensión endocervical o lesiones extensas o persistentes, puede plantearse el tratamiento con una técnica excisional (LLETZ).
- En casos de CIN 1 precedido por citología ASCUS, ASC-H, L- SIL, el manejo recomendado de estas pacientes es el seguimiento, ya sea mediante test de HPV cada 12 meses o repetir la citología cada 6 meses. Si el test de HPV es negativo o 2 citología consecutivas resultan negativas se puede volver al cribado habitual (Nivel de evidencia 5, grado de recomendación D) ⁽²⁹⁾.
- Ante la persistencia de CIN 1 por más de dos años, es aceptable realizar tratamiento (escisión o ablación) (Nivel de evidencia 5, grado de recomendación D) ⁽²⁶⁾, y recomendable en casos de colposcopia insatisfactoria, o si la muestra endocervical presenta una CIN, a excepción de pacientes gestantes.

• Diagnóstico histológico CIN II – III

- En mujeres mayores de 20 años el tratamiento será excisional (LLETZ).
- En las mujeres menores de 20 años se ha propuesto el seguimiento semestral mediante colposcopia y citología durante 24 meses siempre que se cumplan los siguientes criterios ^(46,50-52):
 - Colposcopia satisfactoria.
 - Estudio canal cervical normal.
 - Afectación colposcópica menor de 2 cuadrantes.
 - Posibilidad de seguimiento.
 - Si tras un año de seguimiento se produce empeoramiento o persistencia de la lesión colposcópica se realizará nuevamente biopsia cervical.
 - Si tras este periodo de seguimiento las citologías y las colposcopias son negativas, se continuará con cribado rutinario.
 - Si se detecta CIN III en una nueva biopsia o persistencia de CIN II / III se realizará tratamiento escisional (LLETZ) (Nivel de evidencia 5, grado de recomendación D) ⁽⁴⁶⁾.
- En gestantes: observación hasta 6 semanas después del parto y repetir la colposcopia (Nivel de evidencia 5, grado de recomendación D) ⁽²⁹⁾.

- **Diagnóstico histológico AIS: el tratamiento será excisional (LLETZ).**

- Hay que tener en cuenta que los cambios colposcópicos asociados al AIS pueden ser mínimos y que pueden presentar una extensión endocervical difícilmente alcanzable con los procedimientos escisionales, pues además suelen ser lesiones multifocales.

- El manejo conservador de estas lesiones tiene una tasa de recidivas del 0% al 9%, siendo el factor predictivo más importante el estado de los márgenes de la pieza. (Nivel de evidencia 5, grado de recomendación D) ⁽²⁹⁾.

- Se ha referido que la citología endocervical positiva realizada en el mismo momento del procedimiento excisional tendría el mismo valor predictivo que la afectación de márgenes (Nivel de evidencia 5, grado de recomendación D) ⁽²⁹⁾. La histerectomía podría plantearse como una opción, siempre que sea aceptable para la mujer (Nivel de evidencia 2B).

- **Discrepancia entre citología informada como H-SIL y colposcopia negativa ⁽⁴⁴⁾**

- Repetir citología. Revisión de la citología previa.

- Realización de nueva colposcopia en condiciones óptimas (tratamiento previo si existen de infecciones cérvico-vaginales, tratamiento estrogénico local en mujeres pre-menopáusicas.):

- Prestar especial atención a la identificación y evaluación y de la unión escamo-columnar.

- Valoración, en la medida de lo posible, del canal endocervical.

- Realizar una detallada exploración colposcópica de la vagina.

- Si no encuentran lesiones colposcópicas sugestivas de biopsia se debe realizar:

- Extirpación de la zona de transformación (LLETZ).

- Biopsia de endocérnix.



ANEXO 8

CLASIFICACIÓN DE LA SOCIEDAD AMERICANA DE ANESTESIOLOGIA⁽⁵³⁾

ASA I: Paciente sin ninguna patología asociada.

ASA II : Paciente con enfermedad sistémica leve bien controlada, como por ejemplo la hipertensión bien controlada.

ASA III: Paciente con enfermedad sistémica grave que limita su actividad física pero que no le incapacita para la vida ordinaria, como por ejemplo, una angina de pecho estable.

ASA IV: Paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante, como por ejemplo, una insuficiencia cardiaca descompensada, que supone una amenaza vital.

ASA V: Paciente moribundo, cuya esperanza de vida es en principio < a 24 horas con o sin tratamiento quirúrgico.

ASA VI: Paciente en estado de muerte cerebral.

U: Si el procedimiento es urgente, se añade una u a la categoría de riesgo.



ANEXO 9

PAUTAS GENERALES DEL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LAS NEOPLASIAS CERVICALES INTRAEPITELIALES

Tratamientos destructivos (Criocoagulación, Fotovaporización láser de CO₂...)

No se obtiene material para estudio histológico.

El principio básico de este tipo de tratamientos se basa en la capacidad de destruir el epitelio cervical anómalo, que será reemplazado por epitelio escamoso normal.

La destrucción debe alcanzar hasta 6-7mm de profundidad para llegar a las criptas glandulares más profundas, que son la localización potencial de la extensión en profundidad de la neoplasia intraepitelial de cérvix (Nivel de evidencia 5, grado de recomendación D) ⁽⁴⁸⁾.

Las técnicas destructivas solamente son adecuadas cuando:

- Se puede visualizar la totalidad de la zona de transformación
- No hay evidencia de anormalidad en el epitelio glandular
- No hay evidencia de enfermedad invasiva
- No hay discrepancia entre citología e histología
- Se trata de una lesión de pequeño tamaño, totalmente visible, con ausencia de extensión endocervical
- Existe posibilidad de seguimiento de la paciente

Tratamientos escisionales

En los que se extirpa la lesión, obteniéndose tejido para el estudio histológico, que demuestra que la exéresis de la lesión ha sido completa.

Actualmente, la técnica escisional preferente es el asa de diatermia, que puede realizarse con anestesia local y de forma ambulatoria, pudiendo practicarse una exéresis simple de la zona de transformación (LLETZ) o una exéresis cónica, con doble escisión del exocérnix y endocérnix (en sombrero de copa) √. La conización con bisturí frío sólo podría plantearse en casos muy seleccionados (algunos casos de lesiones glandulares y cuando no se pueda evidenciar claramente que existe microinvasión) √.

RECOMENDACIONES GUÍA EUROPEA (2008) TRATAMIENTO MEDIANTE LLETZ NEOPLASIAS CERVICALES INTRAEPITELIALES (Nivel de evidencia 5, grado de recomendación D) ⁽⁴⁸⁾

- 1.- El procedimiento debe realizarse bajo control colposcópico.
- 2.- Debe extirparse la lesión conjuntamente con la zona de transformación.
- 3.- Debe marcarse la pieza extirpada (a las 12 horarias) para facilitar la orientación en el estudio anátomo-patológico.
- 4.- Debe evitarse el daño térmico al epitelio ectocervical y en el canal endocervical.
- 5.- El tamaño y la forma del tejido a extirpar se delimita mediante la evaluación colposcópica.
- 6.- Si la lesión interesa al canal endocervical, debe realizarse biopsia de endocérnix (legrado endocervical).
- 7.- La excisión en múltiples fragmentos dificulta el estudio anátomo-patológico, sobre todo en los casos de microinvasión, pues puede dificultarse la clasificación en subestadios. Por ello, el área del orificio cervical externo y la parte más distal del canal endocervical debe extirparse en una sola pieza; si las lesiones son amplias las áreas laterales pueden extirparse separadamente.

SEGUIMIENTO POST TRATAMIENTO ESCISIONAL (LLETZ) DE LA CIN

• Lesiones intraepiteliales de alto grado (CIN II – CIN III) con afectación de márgenes quirúrgicos (Nivel de evidencia 5, grado de recomendación D) ^(54,58)

- Aunque la afectación de márgenes es un factor de riesgo de persistencia /recidiva, por sí solo no justifica instaurar un tratamiento inmediato.
- El test de VPH-AR posee una gran sensibilidad, aunque baja especificidad, para evaluar el seguimiento de estas pacientes (Nivel de evidencia 5, grado de recomendación D) ⁽⁴⁴⁾, pues su valor predictivo negativo es casi del 100 %.
- Si la citología y el test de VPH-AR son negativos a los 6 meses de tratamiento, el riesgo de persistencia lesional es prácticamente nulo, estimándose que la recidiva, en caso de que se produzca, se debería a una reinfección. (Nivel de evidencia 5, grado de recomendación D) ⁽⁴⁴⁾. La propuesta de seguimiento es la siguiente a los tres meses post-tratamiento ⁽⁵⁷⁾:
 - Citología / colposcopia / VPH-AR.
 - Realizar biopsia endocervical si no se realizó previamente o la colposcopia no es valorable o insatisfactoria.
 - La actitud a seguir en dependencia de los resultados de las pruebas realizadas será la misma que la que proponemos a continuación para casos de márgenes quirúrgicos libres de afectación.

- **Lesiones intraepiteliales de alto grado (CIN II – CIN III) sin afectación de márgenes quirúrgicos** ⁽⁴⁴⁾

- 1ª evaluación a los seis meses post-tratamiento: Citología/Colposcopia/ Test VPH-AR.

- Si todo es negativo: Citología anual durante dos años, si ambas negativas cribado rutinario.

- Si Citología – Colposcopia negativa / Test VPH-AR positivo: Citología test VPH-AR a los 6 meses.

- Si ambas negativas: Cribado rutinario

- Si cualquiera de los dos positivos: Colposcopia.

- Si Citología L-SIL / Colposcopia-Biopsia: CIN I / Biopsia endocervical negativa: Tratamiento escisional o destructivo local.

- Si Citología igual o mayor de H-SIL / Colposcopia-Biopsia igual o mayor de CIN II / Biopsia endocervical positiva: Reconización (LLETZ).

- La histerectomía sólo debe indicarse excepcionalmente si:

- Afectación de 2-3 márgenes, si no existe deseo de gestaciones posteriores.

- Imposibilidad de adecuado control posterior.

SEGUIMIENTO DE LAS MUJERES A LAS QUE SE LES HA REALIZADO UNA HISTERECTOMÍA TOTAL POR CIN (Nivel de evidencia 2a, grado de recomendación B)

⁽⁵⁹⁾ (Nivel de evidencia 4, grado de recomendación C)⁽⁶⁰⁾

Se han referido cifras de incidencia de Neoplasia Vaginal Intraepitelial (VAIN) entre el 1% y el 6 %, aunque la posibilidad de progresión carcinomas invasivos es muy escasa ⁽⁶⁰⁾.

No existe evidencia de que el seguimiento colposcópico de estas pacientes aumente las posibilidades de diagnóstico de lesiones preneoplásicas.

Se propone el siguiente esquema de seguimiento:

- Extirpación completa de la Neoplasia Cervical intraepitelial tras la Histerectomía:

- Citología fondo de saco vaginal a los 6 y 18 meses post-histerectomía. Si ambas son negativas, no se requieren más citologías.

- En casos de riesgo de cáncer vaginal: (Promiscuidad sexual, Tabaquismo, Inmunodeficiencia) se recomienda continuar cribado con citología fondo de saco vaginal con los mismos criterios que en mujeres a las que no se le ha realizado histerectomía.

- Extirpación incompleta / no existe certeza / desconocimiento de la extirpación completa de la CIN, seguimiento idéntico al que se ha propuesto cuando no se realiza histerectomía.



ANEXO 10

SISTEMAS DE ESTADIFICACIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO (61-64)

Estadificación FIGO

Establecida por la “International Federation of Gynecologists and Obstetricians” (FIGO) en colaboración con la World Health Organization (WHO) y la International Union Against Cancer (IUCC). Es el sistema de estadificación más utilizado. ⁽⁵⁶⁾

Estadificación AJCC

Propuesta por la “American Joint Committee on Cancer” (AJCC). Consiste en el sistema TNM y se pueden establecer equivalencias con el estadio FIGO. La AJCC añade los hallazgos quirúrgicos y patológicos (pTNM) para una completa caracterización del tumor, sin que ello suponga variación del estadio clínico. ⁽⁵⁷⁾

Cambios clasificación por estadios del Cáncer de cuello uterino

Aprobados por UICC , ASCC y FIGO (2009)

Consideraciones generales

El Cáncer de cuello continúa estadificándose clínicamente.

La invasión del espacio linfovascular debe ser incluida en los informes anatomopatológicos referido en las comunicaciones a los Anuarios FIGO (FIGO Annual Report).

La utilización de técnicas de diagnóstico por la imagen para valorar el tamaño tumoral, invasión parametrial, puede utilizarse para informes del FIGO Annual Report, pero no para estadificación.

Otras exploraciones: examen bajo anestesia, cistoscopia, sigmoidoscopia, pielografías intravenosas son opcionales para la estadificación.

Si aparece un carcinoma en vagina 5 años después del tratamiento del cáncer de cuello uterino y ha existido respuesta completa al tratamiento, se debe considerar un carcinoma primario de vagina.

Clasificación FIGO 2009

1.- Se suprime el estadio 0, pues se consideran que se tratan de lesiones preinvasoras.

2.- Estadio II-A: Al tamaño tumoral, considerando el tamaño máximo, se le concede el mismo valor pronóstico que en el estadio I-B, por lo que se consideran dos subestadios:

- II-A1: Tamaño tumoral igual o menor de 4 cm, sin invasión de tercio inferior de vagina
- II –A-2: Tamaño tumoral mayor de 4 cm, sin invasión de tercio inferior de vagina

ESTADIO F.I.G.O	DEFINICIÓN	CORRELACIÓN FIGO-TNM		
		T	N	M
	El tumor primario no puede ser determinado	Tx		
	No evidencia de tumor primario	T0	N0	M0
FIGO 0	Carcinoma in situ (Carcinoma preinvasivo o CIN 3)	Estadio suprimido en clasificación 2009		
FIGO I. Carcinoma de cérvix limitado a útero (la extensión al cuerpo no modifica el estadio)				
IA	Carcinoma invasor diagnosticado sólo microscópicamente (todas las lesiones visibles macroscópicamente son IB/ T1b.)	T1a	N0	M0
IA1	Invasión estromal . < o = 3 mm en profundidad y < o = 7 mm en extensión horizontal	T1a1	N0	M0
IA2	Invasión estromal > 3 mm en profundidad y < o = a 5 mms en profundidad y < o = 7 mm en extensión horizontal. La invasión del espacio vascular, venoso o linfático, no altera el estadio	T1a2	N0	M0
IB	Lesión clínicamente visible limitada al cuello uterino o lesión microscópica mayor que IA2 / T1a2	T1b	N0	M0
IB1	Lesión clínicamente visible < o = a 4 c m en su mayor dimensión	T1b1	N0	M0
IB2	Lesión clínicamente visible > 4 cm en su mayor dimensión	T1b2	N0	M0
FIGO II. Tumor con invasión extrauterina pero sin afectación de pared pélvica o tercio inferior de vagina				
IIA	Sin invasión parametrial	T2a	N0	M0
IIA1	Tamaño tumoral < o = 4 cm.	Estadios añadidos en la Revisión de 2009		
IIA2	Tamaño tumoral > 4 cm.			
IIB	Con invasión parametrial	T2b	N0	M0
FIGO III. El tumor se extiende a la pared pélvica y/o invade el tercio inferior de vagina y/o causa hidronefrosis o riñones no funcionantes.				
IIIA	El tumor invade el tercio inferior de vagina pero no la pared pélvica	T3a	N0	M0
IIIB	El tumor se extiende a la pared pélvica y/o causa hidronefrosis o riñones no funcionantes	T1/T2 T3a T3b	N1 Cualquier N	M0
FIGO IVA	El tumor invade mucosa de vejiga o recto y/o se extiende más allá de la pelvis (La presencia de edema buloso no es suficiente para clasificar el tumor como T4)	T4	Cualquier N	M0
FIGO IVB	Metástasis a distancia	Cualquier T	Cualquier N	M1

CRITERIOS ESTADIFICACIÓN CARCINOMA INVASIVO DE CUELLO UTERINO (11, 63-64)

- La estadificación del cáncer de cérvix es esencialmente clínica, basada en la exploración exhaustiva del tumor y los resultados de determinadas pruebas complementarias.
- El objetivo es asignar un pronóstico a la enfermedad y orientar la planificación terapéutica de forma homogénea. El estadio se determina en el momento del diagnóstico primario y no se modifica ni siquiera ante las recurrencias.
- Se estadificará siguiendo criterios FIGO.
- Para una correcta estadificación es prioritario un examen físico exhaustivo, si es necesario, bajo anestesia general. Debe incluir la palpación del tumor primario y valorar la extensión a parametrios y vagina (extensión epitelial y subepitelial).
- El tacto rectal combinado con la exploración vaginal permite una mejor medición del volumen tumoral y asesoramiento sobre el grado de afectación parametrial y del tabique recto-vaginal.
- La exploración de áreas ganglionares debe incluir tanto la zona inguinal como el área supraclavicular.
- En caso de sospecha clínica de posible afectación vesical, rectal o de vías urinarias se realizarían Cistoscopia, Rectoscopia o Urografía endovenosa.
- Otras exploraciones complementarias opcionales no contemplados por la FIGO serían:
 - Radiografía de tórax.
 - TAC (para valoración de la afectación ganglionar).
 - RM (pelvis + plano coronal de abdomen) en caso de duda de afectación parametrial.



ANEXO 11

TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

CONSIDERACIONES GENERALES

- El tratamiento inicial será realizado en la Unidad correspondiente, según estadio FIGO, y las características y deseo de la paciente, tras su completa y adecuada información.
- El tiempo transcurrido desde el diagnóstico inicial y el tratamiento primario ha de ser inferior a 30 días.
- Existen diversas opciones terapéuticas en función del estadio clínico y factores pronósticos:
 - Conización
 - Traquelectomía simple o radical
 - Histerectomía simple (extrafascial) o radical
 - Radioterapia radical (RDT) + Quimioterapia concomitante (QMT).
- En estadios precoces se considera de elección el tratamiento quirúrgico (Nivel de evidencia 1a, grado de recomendación A)⁽¹¹⁾, aunque la RDT es una alternativa válida en función de la experiencia del centro y de las condiciones de la paciente. El tratamiento quirúrgico ofrece algunas ventajas como:
 - Permite la conservación de la función ovárica.
 - Mantiene una vagina más funcional.
 - Facilita el conocimiento de los factores pronósticos anatomopatológicos.
- En el tratamiento quirúrgico los resultados ofrecidos por las diferentes vías de abordaje (vaginal, abdominal, laparoscópica) se consideran equiparables si son practicadas por personal con suficiente experiencia (Nivel de evidencia 1a, grado de recomendación A)⁽¹¹⁾. La evidencia actual sobre la eficacia y seguridad de la histerectomía radical laparoscópica para los estadios iniciales de cáncer de cérvix es adecuada para apoyar el uso de este procedimiento ⁽⁷¹⁾. Se ha referido que no debería realizarse a pacientes con diámetro tumoral superior a 2 cm. ⁽⁶⁵⁾
- El conocimiento previo de la afectación ganglionar permite seleccionar el grupo de pacientes que pueden beneficiarse del tratamiento RDT-QMT y adecuar los campos de irradiación en caso de afectación paraórtica.
- En caso de evaluar la afectación ganglionar con técnicas de imagen, la Resonancia Nuclear Magnética ha demostrado mayor sensibilidad e igual especificidad que la TAC en la detección de enfermedad ganglionar y permite:
 - La valoración de invasión parametrial
 - Una medición muy aproximada del volumen tumoral
 - Información adecuada sobre la afectación rectal y vesical
- La linfadenectomía permite adecuar los campos de irradiación de forma más eficiente. Es recomendable un abordaje laparoscópico y, preferiblemente, extraperitoneal lumboaórtico, pues así se disminuye el riesgo de formación de adherencias y fijación de estructuras intraperitoneales, con lo que disminuye la morbilidad del tratamiento RDT (Nivel de evidencia 1a, grado de recomendación A)⁽¹¹⁾, (Nivel de evidencia 1b, grado de recomendación C)⁽⁷³⁾, (Nivel de evidencia 4, grado de recomendación C)^(72,74).
- Ante una alta sospecha de afectación por imagen e imposibilidad de confirmación histológica, se acepta la ampliación de RDT hasta incluir campos paraórticos (Nivel de evidencia 1a, grado de recomendación A)⁽¹¹⁾.

PAUTAS DE TRATAMIENTO SEGÚN ESTADIFICACIÓN FIGO

• **Estadio IA1 sin afectación del espacio linfovascular:**

- Conización (Nivel de evidencia 1a, grado de recomendación A)⁽¹¹⁾:
 - Si márgenes negativos, invasión espacio linfovascular (IELV) negativa: seguimiento riguroso mediante citología y colposcopia.
 - Si no hay deseos de fertilidad: valorar histerectomía tras conización.
 - Si márgenes positivos o invasión de espacio linfovascular (IELV): histerectomía radical tipo II de la clasificación de la EORTC con linfadenectomía pélvica (Tabla 1)⁽⁷⁵⁾.
- Si existe contraindicación para la cirugía: radioterapia intracavitaria y radioterapia pélvica.

• **Estadio IA1, con afectación del espacio linfovascular, IA2, IB1 y IIA1<4cm**

Existen 2 opciones de tratamiento con similar nivel de evidencia que deben ser explicadas a la paciente, cada una con sus ventajas y sus efectos secundarios:

- Radioterapia pélvica y braquiterapia (Nivel de evidencia 1a, grado de recomendación A)⁽¹¹⁾.
- Histerectomía radical y linfadenectomía pélvica tipo 2 de la clasificación de la EORTC (Tabla 1) (Nivel de evidencia 1a, grado de recomendación A)⁽¹¹⁾. La histerectomía radical tipo III ha sido, clásicamente, el procedimiento indicado para el tratamiento quirúrgico del carcinoma de cérvix FIGO IB-IIA (< 4 cm). En la actualidad, estudios randomizados demuestran claramente que la histerectomía tipo II es igualmente efectiva pero con una disminución significativa de la morbilidad, especialmente en las complicaciones urinarias⁽⁷⁶⁾.
 - En mujeres premenopáusicas, se recomienda preservación ovárica con trasposición extra pélvica.
 - Si la linfadenectomía pélvica es negativa, el tratamiento complementario dependerá de los otros factores pronósticos (la afectación del espacio linfovascular, la invasión del estroma y el tamaño tumoral) (Nivel de evidencia 1a, grado de recomendación A)⁽¹¹⁾. (Tabla 2).
 - Riesgo bajo: no precisa tratamiento adyuvante.
 - Riesgo intermedio: radioterapia adyuvante (Nivel de evidencia 1a, grado de recomendación A)⁽¹¹⁾.
 - Riesgo alto: tratamiento concomitante con quimioterapia y radioterapia (Nivel de evidencia 1a, grado de recomendación A)⁽¹¹⁾.
 - Si la linfadenectomía pélvica es positiva, para planificar los campos de irradiación, se debe proceder a evaluar la posibilidad de la existencia de metástasis ganglionares aorto-cavas, preferentemente realizando una linfadenectomía para-aórtica y si no es posible mediante diagnóstico por la imagen y posteriormente tratamiento concomitante complementario con quimioterapia y radioterapia (Nivel de evidencia 1a, grado de recomendación A)⁽¹¹⁾.
 - En pacientes con deseos genésicos, con estadios IA2 o IB1<2cm, puede ser una opción la traquelectomía radical y linfadenectomía pélvica con o sin muestreo para-aórtico (Nivel de evidencia 1b, grado de recomendación A)⁽⁸¹⁾, (Nivel de evidencia 4, grado de recomendación C)^(72,74), (Nivel de evidencia 1a,

grado de recomendación A)⁽¹¹⁾. (Las condiciones exigidas para la realización de una traquelectomía se recogen en la Tabla 3).

Estadio IB2, IIA2>4CM, IIB, III Y IVA.

El tratamiento de elección es la radioterapia y quimioterapia con cisplatino concomitante que muestra una mejoría en la supervivencia del 50% frente a la RDT sola (Nivel de evidencia 1a, grado de recomendación A)^(11, 16-20), (Nivel de evidencia 5, grado de recomendación D)⁽⁷⁰⁾.

• TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO

Los esquemas de quimioterapia deben contener cisplatino. El esquema considerado hoy estándar es cisplatino 40 mg/m² superficie corporal semanal (70 mgs dosis máxima), durante 6 semanas, concomitante con la radioterapia.

• TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO: (Tabla: 4)

Modalidad: El tratamiento óptimo consiste en radioterapia externa y braquiterapia endocavitaria.

Se empieza por la externa, dosis total de 45-50 Gy en 25 fracciones durante 5 semanas y posteriormente braquiterapia. En algunas ocasiones se requerirá sobreimpresión de pared pélvica con haces externos.

Dosis: Siguiendo las recomendaciones del ICRU Report 38, el PTV (volumen de tratamiento planificado) debe estar como mínimo englobado por la isodosis de referencia de 60 Gy (para baja tasa LDR o tasa pulsada PDR) teniendo en cuenta la dosis de radiación externa. Esto equivale a 75-80 Gy administrados al Punto A de Manchester.

Tiempo: La duración total del tratamiento debería ser inferior a 55 días puesto que la prolongación del tiempo disminuye el control local.

Planificación del tratamiento.

Tratamiento con haces externos (primer tiempo): Volúmenes de tratamiento (asumiendo la disponibilidad de un TC-simulador y un sistema de planificación en 3-D).

- CTV: Engloba el cérvix, útero, 2/3 superiores de vagina o 3/3 según estadio clínico, los parametrios y las regiones ganglionares de riesgo.
- PTV: Engloba el CTV con un margen de 1 cm en todas direcciones menos alrededor del útero, que será de 2 cm por el movimiento del órgano y las diferentes capacidades de llenado de vejiga y recto.
- Órganos críticos: Intestino delgado, vejiga y recto.
- Técnica: Múltiples campos (habitualmente 4) isocéntricos con haces de fotones de megavoltaje (6-20 MV).
- Especificación de dosis: Según las recomendaciones del ICRU Report 50, la dosis se especifica en el plano medio, en la intersección de los ejes de los haces. La no homogeneidad de la dosis en el PTV no debe ser inferior al 5% ni superior al 7%.

Braquiterapia útero-vaginal (segundo tiempo): Administración de dosis en el centro de la pelvis tan altas como sean posibles sin exceder las dosis de tolerancia de los órganos críticos, vejiga y recto. Según la disponibilidad y experiencia de cada centro, se puede administrar con LDR, PDR o HDR. Para que el tiempo total de tratamiento sea inferior a 55 días, las sesiones de

braquiterapia deben administrarse inmediatamente después de la radioterapia externa o intercaladas durante ésta.

Sobreimpresión parametrial o de pared pélvica (tercer tiempo): Sólo indicada en aquellas pacientes con afectación parametrial distal, hasta pared pélvica (Estadio IIIB) o con enfermedad ganglionar ilíaca.

La dosis total, contabilizando la dosis inicial con haces externos más la contribución de la dosis de braquiterapia a la pared pélvica, no debe exceder 65 Gy.

Adecuación de campos de irradiación radioterápica: Si existe confirmación (Linfadenectomía mediante abordaje laparoscópico, evidencia 1C o sospecha (Diagnóstico por la imagen e imposibilidad de confirmación histológica, (Nivel de evidencia 1a, grado de recomendación A) ⁽¹¹⁾ de afectación ganglionar cadenas aortocavas. Irradiación de campos aórticos.

La planificación del tratamiento se recoge en la tabla 4.

Una vez finalizado el tratamiento de quimioterapia y radioterapia concomitante, la histerectomía en ausencia de evidencia de enfermedad residual, no resulta recomendable puesto que no aporta ningún beneficio y aumenta la morbilidad (Nivel de evidencia 1a, grado de recomendación A) ⁽¹¹⁾.

Si existe la sospecha de persistencia de enfermedad localizada en cérvix, podría contemplarse el rescate quirúrgico mediante histerectomía simple (extrafascial) (Nivel de evidencia 1a, grado de recomendación A) ⁽¹¹⁾.

Estadio IVB:

- Tratamiento paliativo: Quimioterapia y Radioterapia.
- Cuidados paliativos

CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJER GESTANTE

No hay evidencia de que el embarazo modifique la historia natural del cáncer de cuello uterino. El tratamiento será el mismo que en las mujeres no embarazadas, haciendo las siguientes consideraciones en dependencia del tiempo de gestación:

Estadios I-A1, I-A, 1-B1 (Nivel de evidencia 1, grado de recomendación A) ⁽⁶⁵⁾.

- Diagnóstico antes de la semana 16 de gestación: Si la paciente lo acepta, finalización de la gestación y tratamiento inmediato.
- Diagnóstico después de la semana 16 de gestación: el tratamiento puede retrasarse hasta la madurez fetal e iniciarse después del parto. No existen estudios randomizados sobre cuál sería la forma mas adecuada de finalizar la gestación (parto vaginal /cesárea).

Estadios 1B-2 o superiores (Nivel de evidencia 1, grado de recomendación A) ⁽⁶⁵⁾.

- Diagnóstico antes de las 20 semanas: Si la paciente lo acepta, finalización de la gestación y tratamiento inmediato.
- Diagnóstico después de la semana 20 de gestación: se podría retrasar el parto alrededor de 4-6 semanas e iniciar posteriormente el tratamiento.

Tabla 1: Radicalidad Histerectomía. Clasificación del comité de cirugía del grupo de cánceres ginecológicos de la EORTC (2008)

TIPO HISTERECTOMÍA	DESCRIPCIÓN
TIPO I Histerectomía simple extrafascial	No se trata de una histerectomía radical
TIPO II Histerectomía radical modificada	Extirpación del útero, tejido parcervical, mitad medial del parametrio y 1-2 cms de parte superior de la vagina. Disección del uréter hasta la entrada en vejiga. Ligadura de las arterias uterinas en el tercio medio del parametrio. Resección parte proximal de ligamentos útero-sacos.
TIPO III Histerectomía radical	Exéresis "en bloque" de útero, tercio superior de vagina y parametrio y ligamentos útero-sacos en su totalidad. Ligadura de vasos uterinos en su origen.
TIPO IV Histerectomía radical extendida	Incluye además la extirpación de ¼ partes de la vagina.
TIPO V Exenteración parcial	Exérésis de uréter terminal y/o resección parcial de vejiga o recto.

Surgery Committee of the Gynecological Cancer Group (GCG) of the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) ⁽⁵⁸⁾ (Nivel de evidencia 5, grado de recomendación D). En los tipos II a V debe realizarse una linfadenectomía pélvica bilateral desde la arteria iliaca común hasta el anillo femoral, incluyendo cadenas ganglionares pre-sacas, de vasos ilíacos internos y externos, interiliacos y obturadores (al menos hasta el nivel del nervio obturador). La extirpación de trompas y ovarios no se incluye en el concepto de histerectomía radical.

Tabla 2: Grupos de riesgo de recidiva (Criterios anatomopatológicos tras cirugía) (Nivel de evidencia 1a, grado de recomendación A) ⁽¹¹⁾

Riesgo alto recidiva: Presencia de uno solo de los siguientes factores:

- Márgenes quirúrgicos con afectación tumoral
- Afectación ganglionar
- Afectación parametrial microscópica

Riesgo medio de recidiva: Presencia de dos de los siguientes factores:

- Tamaño tumoral mayor de 4 cms.
- Infiltración profunda del estroma (> de 1/3)
- Invasión del espacio linfovascular

Riesgo bajo de recidiva: No existen ninguno de los factores descritos

Tabla 3: Criterios para la realización de traquelectomía radical

- La traquelectomía incluye la exéresis del cuello uterino, de 1-2 cms del tercio superior de la vagina y hasta la parte medial de paramétrrios y ligamentos útero-sacos. El cérvix uterino se reseca en el istmo uterino y puede realizarse un cerclaje profiláctico en el mismo acto quirúrgico.
- Se deben cumplir los siguientes requisitos para la realización de una traquelectomía radical
 - Tumor inferior a 2 cms.
 - Límite endocervical evaluado intraoperatoriamente debe estar libre de neoplasia
 - No evidencia de invasión de espacios linfovasculares aunque no se considera un criterio absoluto de exclusión.
- Se debe realizar estudio anatomopatológico intraoperatorio para evaluar que los márgenes de resección quirúrgica están libres de infiltración tumoral. Si existe infiltración de ganglios linfáticos pélvicos o invasión de espacios linfovasculares se debe replantear el tratamiento recomendándose las opciones referidas anteriormente

Tabla 4: Radioterapia externa

Volúmenes de tratamiento:

El tratamiento consistirá en radioterapia conformada tridimensionalmente. (Basada en cortes de Tomografía axial computorizada (TAC) para la simulación y un sistema de planificación en 3D).

- CTV ("Clinical Target Volume", incluye el GTV ("Gross Tumor Volumen", Tumor macroscópico conocido) y la enfermedad subclínica con sospecha de enfermedad microscópica Engloba el cérvix, útero, 2/3 superiores de vagina o 3/3 según estadio clínico, los parametrios y las regiones ganglionares de riesgo.
- PTV ("Planning Target Volume", incluye el CTV con márgenes definidos para las incertidumbres geométricas y variaciones anatómicas): Engloba el CTV con un margen de 1 cm en todas direcciones menos alrededor del útero, que será de 2 cm por el movimiento del órgano y las diferentes capacidades de llenado de vejiga y recto.
- Órganos críticos: Intestino delgado, vejiga, recto y cabezas femorales.

Técnica

Múltiples campos (habitualmente 4) isocéntricos con haces de fotones de megavoltaje (6-20 MV).

Especificación de dosis

Según las recomendaciones del ICRU (International Commission on Radiation Units and Measurements), report 50, la dosis se especifica en el plano medio, preferiblemente en la intersección de los ejes de los haces. La no homogeneidad de la dosis en el PTV no debe ser inferior al 5% ni superior al 7% de la dosis prescrita.

Braquiterapia útero-vaginal

Administración de dosis en el centro de la pelvis tan altas como sean posibles sin exceder las dosis de tolerancia de los órganos críticos, vejiga y recto. Según la disponibilidad y experiencia de cada centro, se puede administrar con LDR ("low dose rate"), PDR ("Pulsation Dose Rate") o HDR ("High Dose Rate") (Recomendaciones ICRU report 38). Para que el tiempo total de tratamiento sea inferior a 55 días, las sesiones de braquiterapia deben administrarse inmediatamente después de la radioterapia externa o intercaladas durante ésta. Se aconseja el uso del TAC para la planificación del tratamiento con braquiterapia. Recientemente se ha introducido la RM para la delimitación del GTV en braquiterapia, aunque necesita de aplicadores compatibles. En caso de usar RM se deben seguir las recomendaciones del GEC-ESTRO para la delimitación de volúmenes.⁽⁸⁴⁾

Sobreimpresión parametrial o de pared pélvica

Sólo indicada en aquellas pacientes con afectación parametrial distal, hasta pared pélvica (Estadio IIIB) o con enfermedad ganglionar ilíaca. El volumen puede ser uni o bilateral y debe adaptarse a la distribución de dosis con braquiterapia. La dosis total, contabilizando la dosis inicial con haces externos más la contribución de la dosis de braquiterapia a la pared pélvica, no debe exceder 65 Gy ✓.



ANEXO 12

TRATAMIENTO ADYUVANTE POSTOPERATORIO (Nivel de evidencia 5, grado de recomendación D) ⁽⁸⁵⁾ (Nivel de evidencia 1b, grado de recomendación A) ⁽⁸⁶⁾

Si la linfadenectomía pélvica es negativa, el tratamiento complementario dependerá de los factores pronósticos recogidos en la Tabla 2.

- Riesgo bajo: no precisa tratamiento adyuvante.
- Riesgo intermedio: radioterapia adyuvante (Nivel de evidencia 1a, grado de recomendación A) ⁽¹¹⁾.
- Riesgo alto: tratamiento concomitante con quimio y radioterapia (Evidencia 2B para la quimioterapia).

Alto riesgo de recidiva: La asociación concomitante con RDT-QMT con cisplatino sólo o cisplatino + 5-fluoracilo mejora la supervivencia libre de enfermedad y la supervivencia global (Nivel de evidencia 1a, grado de recomendación A) ⁽¹¹⁾.

Riesgo medio de recidiva: Existe un estudio randomizado del GOG que ha demostrado que la asociación de radioterapia externa como tratamiento adyuvante tras la cirugía en este grupo de pacientes disminuye el riesgo de recidiva local y a distancia. (Nivel de evidencia 1b, grado de recomendación A) ⁽⁸⁷⁾

Si la linfadenectomía pélvica es positiva, debe realizarse tratamiento concomitante complementario con quimioterapia y radioterapia. (Nivel de evidencia 1b, grado de recomendación A) ⁽⁸⁷⁾. Para planificar la radioterapia es conveniente conocer si existe afectación ganglionar para-aórtica (linfadenectomía aorto-cava / diagnóstico por imagen).



ANEXO 13

SEGUIMIENTO POST-TRATAMIENTO

Objetivo:

Detectar recurrencias cuando aún son susceptibles de tratamientos potencialmente curativos √.

Localización de las recidivas:

El 30% de las pacientes con cáncer de cérvix presentan una recidiva. La mayoría de las recurrencias (aproximadamente el 75%) van a presentarse en los dos primeros años de seguimiento, y de localización preferentemente a nivel pélvico y ganglionar paraórtico.

El patrón de dicha recidiva varía en función del tratamiento primario:

- Tras histerectomía radical se presentan fundamentalmente en la pelvis (60-70% de los casos) y con menos frecuencia en el 1/3 superior de vagina o parametrio.
- Tras radioterapia / radio-quimioterapia se presentan en:
 - Vagina superior, parametrio (43%)
 - Cérvix (27 %)
 - En los 2/3 inferiores de la vagina (6%)

La metástasis a distancia representa 1/3 de las recidivas y suelen producirse a nivel ganglionar (adenopatías supraclaviculares, especialmente izquierdas) o en órganos distantes (principalmente metástasis pulmonares 15% u óseas).

Efectividad:

El seguimiento de las pacientes después del tratamiento primario de la enfermedad se recomienda de forma unánime, aunque no existen datos firmes respecto a su efectividad.

La citología sistemática del lecho cérvico-vaginal tratado ha demostrado escasa sensibilidad en la detección precoz de recidiva aunque sea una práctica extensamente generalizada (Nivel de evidencia 1, grado de recomendación A) ⁽⁶⁵⁾. No está indicada para detectar la recurrencia asintomática del cáncer de cuello uterino.

Propuesta de seguimiento

No existe un protocolo de seguimiento rutinario universalmente aceptado, ni en el tipo de exploraciones, ni en la periodicidad.

- No existe evidencia de que el seguimiento rutinario sea efectivo en la detección de la enfermedad recurrente precoz.
- Tampoco se ha demostrado que la detección de la recidiva en fase asintomática represente un beneficio en supervivencia, ya que las opciones terapéuticas son limitadas.
- El esquema de seguimiento propuesto que debe ser conjunto con los servicios implicados (Ginecología, Radioterapia y Oncología Médica) para no duplicar visitas ni pruebas complementarias, será el siguiente:
 - Exploración física: (Nivel de evidencia 1a, grado de recomendación A)⁽¹¹⁾
 - Abdominal y vaginal.
 - Examen de áreas ganglionares inguinales y supraclaviculares.

- Citología de fondo vaginal.
- Periodicidad:
 - Cada 4 meses los 2 primeros años.
 - Semestral hasta cumplir los 5 años.
 - Posteriormente anual.
- Pruebas complementarias:
 - Hemograma, función hepática y renal (opcional).
 - RX tórax anual (opcional).
 - TAC, RM y otras pruebas específicas sólo se realizarán en función de hallazgos clínicos.
- Se recomienda el uso de dilatadores vaginales después de la radioterapia.



ANEXO 14

TRATAMIENTO DE LAS RECIDIVAS LOCALES Y DE LA ENFERMEDAD METASTÁSICA

Recidivas en la pared pélvica:

No tienen indicación quirúrgica.

Si no recibió radioterapia previa o la recidiva se localiza fuera del campo de irradiación, el tratamiento es radioterapia concomitante con quimioterapia basada en platino +/- braquiterapia.

Si no es posible la radioterapia, se puede ofrecer: (Nivel de evidencia 1a, grado de recomendación A) ^(11,68, 88-90)

- Quimioterapia paliativa basada en platino:

La quimioterapia tiene un papel limitado en la prolongación de la supervivencia-mejoría de la calidad de vida. El Cisplatino es el agente de elección como primera línea con una tasa de respuesta estimada de un 20% - 30% y una supervivencia media de 6-9 meses.

Cuando previamente se ha utilizado cisplatino como radiosensibilizador se prefiere utilizar regímenes combinados.

• 1ª Línea de terapia combinada:

- Con un sólo agente: Cisplatino (de 1ª elección). Carboplatino, Paclitaxel.
- Terapia combinada:
 - Cisplatino/Paclitaxel (Nivel de evidencia 1, grado de recomendación A)⁽⁶⁸⁾
 - Carboplatino/Paclitaxel
 - Cisplatino/Topotecan (Nivel de evidencia 1, grado de recomendación A)⁽⁶⁸⁾

Existen dos ensayos clínicos randomizados (Fase III) que comparan Cisplatino en régimen de monoterapia con terapia combinada:

- Cisplatino frente a Cisplatino/Paclitaxel:⁽⁸⁸⁾

Se refiere a que la tasa de respuesta de la terapia combinada es mayor en la terapia combina (36%-19%) con mayor periodo libre de enfermedad (4,8 meses – 2,8 meses), sin embargo no se encontraron diferencias en la supervivencia media.

- Cisplatino frente a Cisplatino/Topotecan: ⁽⁹¹⁾

Se refiere a la mayor tasa de respuesta (27% - 13%), mayor periodo libre de enfermedad (4,6 meses – 2,9 meses) y mayor supervivencia media (9,4 meses frente a 6,5 meses).

• 2ª Línea de terapia combinada

Si la paciente progresa a una primera línea de quimioterapia paliativa, tras individualizar el caso y si tiene un buen estado general, se puede ofrecer una segunda línea, en función de lo que haya recibido en la primera línea con: (Nivel de evidencia, 1, grado de recomendación A)⁽⁶⁵⁾ Bevacizumab; Epirubicina; 5-Fluo-uracilo; Gencitabina; Ifosfamida; Irinotecan; Doxorubicina Liposomal; Mitomycina; Pemetremed; Topotecan; Vinorelbina.

Recidivas sin afectación de la pared pélvica: ⁽¹¹⁾

- Si no recibió radioterapia previa: el tratamiento de elección es radioquimioterapia concomitante, como la descrita en estadios avanzados.
- Si la paciente ya recibió radioterapia, la primera opción debe ser la cirugía. El único tratamiento potencialmente curativo en esta situación es la exenteración pélvica, la cual está indicada en ausencia de afectación de ganglios para-aórticos y en casos de localización únicamente pelviana de la enfermedad. Es una intervención que sólo debe plantearse cuando se cumplen los criterios anteriormente expuestos ⁽⁹⁾, pues :
 - En el 20% - 50% de los casos no será posible una resección completa de la recidiva tumoral en el procedimiento quirúrgico.
 - Se estiman que pueden aparecer complicaciones quirúrgicas inmediatas en el 25%– 60% de los casos.
 - Cabe esperar una mortalidad perioperatoria entre el 5% – 10%.
 - La supervivencia a los 5 años se estima entre un 35% y un 60%.
- En casos muy seleccionados, con pequeñas recidivas centrales, < 2cm y después de un tratamiento de quimioterapia y radioterapia previo, se puede ofrecer la histerectomía radical (técnica difícil y no exenta de complicaciones que pueden llegar a ser severas en el 40% de los casos) o la braquiterapia.
- Si a pesar de estos tratamientos, vuelve a presentar una recaída, podemos ofrecer las pautas de tratamiento quimioterápico referidas en el apartado anterior.

Tratamiento de la enfermedad metastásica:

- Hay que individualizar el plan terapéutico, puesto que en muy raras ocasiones es posible un tratamiento radical, siendo el tiempo medio de progresión de 3 meses y de muerte de 7 meses.

Puede utilizarse:

- Radioterapia paliativa para enfermedad sintomática (dolor secundario a metástasis óseas, sangrado, metástasis cerebrales, enfermedad ganglionar voluminosa).
- Quimioterapia paliativa en pacientes con diseminación sistémica.
- Radioquimioterapia en casos de enfermedad ganglionar paraórtica. Los esquemas son similares a los comentados en la enfermedad recurrente.



ANEXO 15

HERRAMIENTAS RELACIONADAS CON EL PAI CA DE CERVIX

- <http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/portal/index.jsp>

Nuestro compromiso con la Calidad:

- Catalogo de formularios de Consentimiento Informado.
- Observatorio para la Seguridad del Paciente (página web)
- PIOA - Plan Integral de Oncología de Andalucía
- Proceso Asistencial Integrado Cuidados Paliativos
- Documento Vacunación VPH

• Web de Procesos:

http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/P_3_POLITICAS_Y ESTRATEGIAS_DE_CALIDAD/P_3_PROCESOS_ASISTENCIALES_INTEGRADOS

- Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Cérvix - Cáncer de Útero

- **Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad**

<http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec04.htm>

- **GPC en la red. Los más utilizados:**

- National Guideline Clearinghouse
- CPG Infobase_CMA (Canadian Medical Association)
- New Zealand Guidelines Group
- NeLH Guidelines Database
- Medline-Guías Clínicas
- Fistera: Guías Clínicas
- National Institute for Health Clinical Excellence (NICE)
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN)
- National Cancer Institute
- American Cancer Society
- American Cancer Society of Colposcopy and Cervical Pathology
- Sociedad Española de Ginecología
- Sociedad Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPPC)



11

Acrónimos

ACRÓNIMOS	
ACS	American Cancer Society (Sociedad Americana de Cáncer)
ADN	Ácido desoxirribonucleico
AEPCC	Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia
AGC	Atípica de células glandulares
AGD	Aplicación para la gestión del Registro de Demanda Quirúrgica
AH	Atención Hospitalaria
AIS	Adenocarcinoma “in situ”
AJCC	American Joint Committee on Cancer (Comité Americano Conjunto de Cáncer)
AP	Atención Primaria
ASA	American Society of Anesthesiologists (Sociedad Americana de Anestesiología)
ASCCP	American Cancer Society of Colposcopy and Cervical Pathology (Sociedad Americana de Patología Cervical y Colposcopia)
ASCH	Atipia de células escamosas. No se descarta lesión de alto grado
ASCUS	Atipia de células escamosas de significado indeterminado
CNE	Centro Nacional de Epidemiología
CCAA	Comunidades Autónomas

CE	Comunidad Europea
CI	Consentimiento Informado
CIE-9	Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) Versión 9
CIN	Neoplasia intraepitelial cervical
CIN I	Neoplasia Cervical Intraepitelial tipo I
CIN II	Neoplasia Cervical Intraepitelial tipo II
CIN III	Neoplasia Cervical Intraepitelial tipo III
CMA	Canadian Medical Association (Sociedad Médica de Canadá)
CMA	Cirugía Mayor Ambulatoria
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria
CTV	Volumen total de tratamiento radioterápico que incluye el volumen macroscópico conocido y la enfermedad subclínica
DNA VPH	Ácido Desoxiribonucleico del Virus del Papiloma Humano
EORTC	European Organization for Research and Treatment of Cancer (Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer)
FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
G	Grado histológico de la tumoración
GCG	Surgery Committee of the Gynecological Cancer Group (Comité de Cirugía del Grupo de Cáncer Ginecológico)
GEC-ESTRO	Recomendaciones para el tratamiento de cánceres ginecológicos con braquiterapia
GPC	Guía de Práctica Clínica
GTV	Volumen de Tumor Macroscópico conocido
Gy	Grey. Unidad que mide la dosis absorbida de radiaciones ionizantes. Es equivalente a la absorción de un julio de energía ionizante por un kilogramo de material irradiado
HDR	Tasas de alta dosis tratamiento radioterápico
HPV (VPH)	Virus del Papiloma Humano
HSIL	Lesión escamosa intraepitelial de alto grado
IARC	Agencia Internacional de Investigación en Cáncer
ICRU	Comisión Internacional de Unidades y Medidas de Radioterapia
IEC	International Electrotechnical Commission (Comisión Internacional Electrotécnica)
IFCPC	Federación Internacional de Patología Cervical y Colposcopia
IFL	Invasión Linfovascular
LDR	Baja Tasa Radioterapia
LE	Libre elección de médico y Hospital
LEEP	Loop Electrical Excision Procedure (Escisión con asa eléctrica)
LLETZ	Large Loop Excision of the Transformation Zone (Escisión de la zona de transformación del cuello uterino con asa de diatermia)
LSIL	Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado

LVSQ	Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica
NANDA	Nursing Diagnostic Terminology (Diagnósticos de enfermería)
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
NCI	National Cancer Institute (Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos)
NGC	National Guideline Clearinghouse
NIC	Nursing Intervention Classification (Clasificación Intervenciones de Enfermería)
NICE	National Institute for Health Clinical Excellence
NOC	Nursing Outcomes Classification (Clasificación Resultados Enfermería)
NUHSA	Número de Historia Única de Salud de Andalucía
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAI	Proceso Asistencial Integrado
PDR	Pulsation Dose Rate (Dosis pulsada de radioterapia)
PTV	Volumen planificado tratamiento radioterápico
PNT	Procedimiento normalizado de trabajo
QT	Quimioterapia
RDQ	Registro Demanda Quirúrgica
RT	Radioterapia
RM	Resonancia Magnética
RVVA	Registro Voluntades Vitales Anticipadas
Rx	Radiología
SAC	Servicio Atención al Ciudadano
SEGO	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
SemFYC	Sociedad Española Medicina Familiar y Comunitaria
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SOM	Segunda Opinión Médica
SSPA	Sistema Sanitario Público de Andalucía
TAC	Tomografía Axial Computerizada
TNM	Clasificación de tumores de la UICC
UICC	International Union Against Cancer (Unión Internacional contra el Cáncer)
VAIN	Neoplasia Vaginal Intraepitelial
VPH (HPV)	Virus del Papiloma Humano
VPH-AR	Virus del Papiloma Humano genotipos de Alto Riesgo
VVA	Voluntad Vital Anticipada



12

Bibliografía

1.- North., A.B., South, C.D. Cancer Incidence in Antarctica (1998-2002). In: Curado. M. P., Edwards, B., Shin. H.R., Storm. H., Ferlay. J., Heanue. M. and Boyle. P., eds (2007). Cancer Incidence in Five Continents, Vol. IX. IARC Scientific Publications No. 160, Lyon, IARC.

2.- Cervical Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/cervix.asp> (Acceso 17 de Julio 2010)

3.- La situación del cáncer en España. Área de epidemiología ambiental y cáncer. Centro Nacional de Epidemiología Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de publicaciones. Madrid. 2005. Disponible en: <http://cne.isciii.es/mortal/>. (Acceso 13 de Octubre de 2009)

4.- Walboomers JM; Jacobs MV; Manos MM; Bosch FX; Kummer JA; Shah KV; Snijders PJ; Peto J; Meijer CJ; Munoz N. Human papillomavi-

rus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. J Pathol 1999;189(1):12-9.

5.- De Sanjosé S, Díaz M, Castellsagué X, Clifford G, Bruni L, Muñoz N, Bosch FX. Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. Lancet Infect Dis. 2007;7(7):453-9

6.- Schiffman M; Castle PE; Jerónimo J; Rodríguez AC; Wacholder S. Human papillomavirus and cervical cancer. Lancet. 2007 8; 370: 890-907.

7.- Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, Guyatt GH, Harbour RT, Haugh MC, Henry D, Hill S, Jaeschke R, Leng G, Liberati A, Magrini N, Mason J, Middleton P, Mrukowicz J, O'Connell D, Oxman AD, Phillips B, Schünemann HJ, Edejer TT, Varonen H, Vist GE, Williams JW Jr, Zaza S; GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. BMJ. 2004 19; 328(7454):1490.

- 8.- Marzo M, Alonso P. Clasificación de la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones. *GRADE Working Group. Atención Primaria.* 2006;37(1): 5-8.
- 9.- Marzo M, Alonso P. El sistema GRADE para la toma de decisiones clínicas y la elaboración de recomendaciones y guías de práctica clínica *Aten Primaria.* 2007;39(9):457-60
- 10.- Agencia Calidad Sanitaria de Andalucía (AETSA): <http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/aetsa/> (Acceso 17 de Julio de 2010)
- 11.- Oncoguía SEGO: Cáncer de Cuello Uterino 2008. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario. Publicaciones SEGO. Madrid 2008. Disponible en: <http://www.sego.es/Content/pdf/CervixOncoguia2008.pdf> (Acceso 10 de Julio de 2009)
- 12.- Dotor Gracia M, Fernández García E, Álvarez Benito M et al. Consejería de Salud. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrados. 2ª edición Sevilla. Junta de Andalucía, 2009.
- 13.- Consentimientos Informados Consejería de Salud Junta de Andalucía. Diponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/C_6_NUESTRO_COMPROMISO_POR_LA_CALIDAD/C_11_Formularios_Consentimiento_Informado/inicio_formularios_consentimiento (Acceso 17 de Julio de 2010).
- 14.- Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª Edición. Madrid: Elsevier España, 2005.
- 15.-http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/menu/practicasSeguras/Practicas_seguras_en_Cirugia_y_Anestesia. (Acceso 17 de Julio de 2010).
- 16.- Green JA; Kirwan JM; Tierney JF; Symonds P; Fresco L; Collingwood M; Williams CJ. Survival and recurrence after concomitant chemotherapy and radiotherapy for cancer of the uterine cervix: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2001 8; 358: 781-6.
- 17.- Green J; Kirwan J; Tierney J; Vale C; Symonds P; Fresco L; Williams C; Collingwood M. Concomitant chemotherapy and radiation therapy for cancer of the uterine cervix. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005; 20; (3):CD002225.
- 18.- Monk BJ, Tewari KS, Koh W-J. Multimodality therapy for locally advanced cervical carcinoma: state of the art and future directions. *J Clin Oncol* 2007; 25:2952-2965.
- 19.- Rose PG, Ali S, Watkins E, Thigpen JT, Deppe G, Clarke-Pearson DL, Insalaco S; Gynecologic Oncology Group. Long-term follow-up of a randomized trial comparing concurrent single agent cisplatin, cisplatin-based combination chemotherapy, or hydroxyurea during pelvic irradiation for locally advanced cervical cancer: a Gynecologic Oncology Group Study. *J Clin Oncol.* 2007 ; 25(19):2804-10.
- 20.- Stehman FB; Ali S; Keys HM; Mudderspach LI; Chafe WE; Gallup DG; Walker JL; Gersell D. Radiation therapy with or without weekly cisplatin for bulky stage 1B cervical carcinoma: follow-up of a Gynecologic Oncology Group trial. *SO Am J Obstet Gynecol.* 2007; 197(5):503.e1-6.
- 21.- Verleye L, Vergote I, Reed N, Ottevanger PB. Quality assurance for radical hysterectomy for cervical cancer: the view of the European Organization for Research and Treatment of Cancer--Gynecological Cancer Group (EORTC-GCG). *Ann Oncol.* 2009; 20(10):1631-8.
- 22.- Trimbos JB, Franchi M, Zanaboni F, Velden J, Vergote I. 'State of the art' of radical hysterectomy; current practice in European oncology centres. *Eur J Cancer.* 2004; 40(3):375-8.

- 23.- Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, Raab S, Sherman M, Wilbur D, Wright T Jr, Young N; Forum Group Members; Bethesda 2001 Workshop. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA*. 2002; 287(16):2114-9.
- 24.- Schiffman M; Castle PE; Jeronimo J; Rodriguez AC; Wacholder S. Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet*. 2007 8; 370: 890-907.
- 25.- Institute for Clinical Systems Improvement . Initial Management of Abnormal Cervical Cytology (Pap Smear) and HPV Testing. Eighth Edition/October 2008. (Disponible en [http:// www.icsi.org](http://www.icsi.org). (Acceso 27 de Julio 2009).
- 26.- American Society of Colposcopy and Cervical Pathology. Consensus guidelines. Disponible en : <http://www.asccp.org/consensus.shtml> (Acceso 29 de Septiembre de 2009)
- 27.- Management of abnormal cervical cytology and histology. ACOG Practice Bulletin N° 99. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2008; 112:1419-44.
- 28.- Sherman ME, Schiffman M, Cox JT. Effects of age and human Papilloma viral load on colposcopy triage: data from the randomized atypical squamous cells of undetermined significance low-grade squamous intraepithelial lesion triage study (ALTS). *J Natl Cancer Inst* 2002; 94:102-07.
- 29.- Wright TC Jr, Massad LS, Dunton CJ, Spitzer M, Wilkinson EJ, Solomon D; 2006 ASCCP-Sponsored Consensus Conference. 2006 consensus guidelines for the management of women with abnormal cervical screening tests. *J Low Genit Tract Dis*. 2007; 11(4):201-22.
- 30.- Duerr A, Paramsothy P, Jamieson DJ, Heilig CM, Klein RS, Cu-Uvin S, et al. Effect of HIV infection on atypical squamous cells of undetermined significance. *Clin Infect Dis* 2006; 42:855-61.
- 31.- Massad LS, Ahdieh L, Benning L, Minkoff H, Greenblatt RM, Watts H, et al. Evolution of cervical abnormalities among women with HIV-1: evidence from surveillance cytology in the women's interagency HIV study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001; 27:432-42.
- 32.- Massad LS, Schneider MF, Watts DH, Strickler HD, Melnick S, Palefsky J, Anastos K, Levine AM, Minkoff H. HPV testing for triage of HIV-infected women with papanicolaou smears read as atypical squamous cells of uncertain significance. *J Womens Health*. 2004 ;13(2):147-53.
- 33.- Kirby TO, Allen ME, Alvarez RD, Hoesley CJ, Huh WK. High-risk human papillomavirus and cervical intraepithelial neoplasia at time of atypical squamous cells of undetermined significance cytologic results in a population with human immunodeficiency virus. *J Lower Gen Tract Dis* 2004; 8:298-303.
- 34.- ASCUS-LSIL Triage Study (ALTS) Group. A randomized trial on the management of low-grade squamous intraepithelial lesion cytology interpretations. *Am J Obstet Gynecol*. 2003 ; 188(6):1393-400.
- 35.- Castle PE, Cox JT, Jerónimo J, Solomon D, Wheeler CM, Gravitt PE, Schiffman M. An analysis of high-risk human papillomavirus DNA-negative cervical precancers in the ASCUS-LSIL Triage Study (ALTS). *Obstet Gynecol*. 2008; 111(4):847-56.
- 36.- Evans MF, Adamson CS, Papillo JL, St John TL, Leiman G, Cooper K. Distribution of human papillomavirus types in ThinPrep Papanicolaou tests classified according to the Bethesda 2001 terminology and correlations with patient age and biopsy outcomes. *Cancer* 2006;106:1054-64.
- 37.- Dunn TS, Bajaj JE, Stamm CA, Beaty B. Management of the minimally abnormal Papanicolaou smear in pregnancy. *J Lower Gen Tract Dis* 2001; 5:13-7.

- 38.- Melnikow J, Nuovo J, Paliescheskey M, et al. Detection of high-grade cervical dysplasia: impact of age and Bethesda system terminology. *Diagn Cytopathol* 1997; 17:321-25.
- 39.- Sharpless KE, Schnatz PF, Mandavilli S, et al. Dysplasia associated with atypical glandular cells on cervical cytology. *Obstet Gynecol* 2005; 105:494-500.
- 40.- Jordan J, Arbyn M, Martin-Hirsch P, Schenck U, Baldauf JJ, Da Silva D, Anttila A, Nieminen P, Prendiville W. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening: recommendations for clinical management of abnormal cervical cytology, part 1. *Cytopathology*. 2008; 19(6):342-54.
- 41.- Jordan J, Martin-Hirsch P, Arbyn M, Schenck U, Baldauf JJ, Da Silva D, Anttila A, Nieminen P, Prendiville W. European guidelines for clinical management of abnormal cervical cytology, part 2. *Cytopathology*. 2009; 20(1):5-16.
- 42.- Boardman LA, Stanko C, Weitzen S, Sung CJ. Atypical squamous cells of undetermined significance human papillomavirus testing in adolescents. *Obstet Gynecol* 2005; 105:741-6.
- 43.- Moscicki AB, Shiboski S, Hill NK, Powell KJ et al. Regresión of low-grade squamous intra-epithelial lesion in young women. *Lancet* 2004; 364:1678-83.
- 44.- Puig-Tintoré LM, Corte J, Castellsagué X, Torne A et al. Prevención del cáncer de cuello uterino. *Progresos en Obstetricia y Ginecología* 2006; 49 extraordinario: 57-62
- 45.- Provencher DM, Murphy J. The Role of HPV Testing. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2007; 29 (8): S15-22.
- 46.- Committee on Adolescent Health Care. ACOG Committee Opinion No. 436:evaluation and management of abnormal cervical cytology and histology in adolescents. *Obstet Gynecol*. 2009; 113(6):1422-5.
- 47.- Walker P, Dexeus S, De Palo G, Barrasso R, Campion M, Girardi F, Jakob C, Roy M, from the Nomenclature Committee of the IFCCP. International Terminology of Colposcopy: An Updated Report from the IFCCP. *Obstet Gynecol* 2003;101:175-7.
- 48.- Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan Wiener NHG, Herbert A, Daniel J, Von Karsa L. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. International Agency for Research Cancer. Second Edition. Office for Official Publications of the European Communities. Belgium 2008.
- 49.- Kalof A, Dadmanesh F, Longacre T, Nucci M R, Oliva E, Cooper K, College of American Pathologists. Uterine Cervix Disponible en: <http://www.cap.org/apps/docs/committees/cancer>. (Acceso 17 de Enero 2010).
- 50.- Moore K, Cofer A, Elliot L, Lanneau G, Walker J, Gold MA. Adolescent cervical dysplasia: histologic evaluation, treatment, and outcomes. *AmJ Obstet Gynecol* 2007; 197(2):141-6.
- 51.- Widdice LE, Moscicki AB. Updated Guidelines for Papanicolaou Tests, Colposcopy, and Human Papillomavirus Testing in Adolescents. *Journal of Adolescent Health* 2008; (43):S41-S51.
- 52.- Moscicki AB. Management of adolescent who have abnormal cytology and histology. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2008; 35(4): 633-43.
- 53.- American Society of Anaesthesiologists. ASA standards, guidelines and statements. Illinois: ASA, 1993. Disponible en: <http://www.asahq.org/> (Acceso 13 de Enero de 2010).
- 54.- Guido R, Schiffman M, Solomon D, et al. por el ASCUS-LSIL Triage Study (ALTS) Group: Postcolposcopy management strategies for women referred with low-grade squamous

- intraepithelial lesions or human papillomavirus DNA-positive atypical squamous cells of undetermined significance: A two-year prospective study. *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 188: 1401-1405.
- 55.- Bar-Am A, Gamzu R, Levin I, et al. Follow-up by combined cytology and human papillomavirus testing for patients post-cone biopsy: results of a long-term follow-up. *Gynecol Oncol.* 2003; 91:149-153.
- 56.- Mergui JL, Levêque J What kind of follow-up after surgical treatment for high-grade cervix lesion?. *Gynecol Obstet Fertil.* 2008; 36(4):441-7.
- 57.- Chan BK, Melnikow J, Slee CA, Arellanes R, Sawaya GF. Post-treatment human papillomavirus testing for recurrent cervical intraepithelial neoplasia: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2009 ; 200(4):422. e1-9.
- 58.- Prendiville W. The treatment of CIN: what are the risks? *Cytopathology.* 2009 Jun; 20(3):145-53.
- 59.- Soutter WP, Sasieni P y Panoskaltsis T. Long-term risk of invasive cervical cancer after treatment of squamous cervical intraepithelial neoplasia. *Int. J. Cancer* 2005; 118: 2048-2055.
- 60.- Schockaert S; Poppe W; Arbyn M; Verguts T; Verguts J . Incidence of vaginal intraepithelial neoplasia after hysterectomy for cervical intraepithelial neoplasia: a retrospective study. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 199(2):113-15.
- 61.- FIGO Staging Classifications and Clinical Practice Guidelines for Gynaecological Cancers. Third edition. Octubre 2006.
- 62.- Edge, S.B.; Byrd, D.R.; Compton, C.C.; Fritz, A.G.; Greene, F.L.; Trotti, A. *AJCC Cancer Staging Handbook* 7th ed., 2010, XIV, 730 p
- 63.- Pecorelli S. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. *Int J Gynaecol Obstet.* 2009 ; 105(2):103-4.
- 64.- Pecorelli S, Zigliani L, Odicino F. Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix. *Int J Gynaecol Obstet.* 2009 ; 105(2):107-8.
- 65.- Management of cervical cancer. A National Clinical Guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. 2008. Disponible en: [http:// www.sign.ac.uk /pdf/sign99](http://www.sign.ac.uk/pdf/sign99). (Acceso 15 Junio 2009).
- 66.- Kesic V. Management of cervical cancer. *Eur. J. Surg. Oncol.* 2006; 32: 832-7.
- 67.- American Cancer Society. Cancer Fact and Figures 2008. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2008. Disponible en: [http:// www.cancer.org](http://www.cancer.org) (Acceso 15 de Junio de 2009).
- 68.- National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Practice Guidelines in Oncology. Cervical Cancer Version 1.2010. Disponible en: [http:// www.nccn.org](http://www.nccn.org) (Acceso 15 de Julio de 2010).
- 69.- PDQ database. Cervical cancer. Bethesda, Md: National Cancer Institute; 2006. Disponible en: [http:// www.cancer.gov](http://www.cancer.gov) (Acceso 15 de Junio de 2009).
- 70.- Haie-Meder C, Morice P, Castiglione M; ESMO Guidelines Working Group. Cervical cancer: ESMO clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2009 ; 20 Suppl 4:27-8.
- 71.- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Interventional procedure guidance. Laparoscopic radical hysterectomy for early stage cervical cancer. 2010. Disponible en: [http://www.nice.org.uk/ nice-media/ live/ 11044/ 48565/ 48565.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11044/48565/48565.pdf) (Acceso 15 de Julio de 2010).
- 72.- Panici PG, Plotti F, Zullo MA et al. Pelvic lymphadenectomy for cervical

carcinoma: laparotomy extraperitoneal, transperitoneal or laparoscopic approach? A randomized study. *Gynecol. Oncol.* 2006; 103: 859-864.

73.- Larciprete G, Casalino B, Segatore MF, Jarvis S, Catarinella V, Cirese E. Pelvis lymphadenectomy for cervical cancer: extraperitoneal versus laparoscopic approach. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2006; 126: 159-63.

74.- Zighelboim J, Ramirez PT, Gao F, Slomovitz BM, Sun C, Frumovitz M et al. Retroperitoneal lymph node resection in patients with cervical cancer. *Surgical Oncol.* 2006; 15: 79-83.

75.- Mota F, Vergote I, Trimbos JB, Amant F, Siddiqui N, Del Rio A, Verheijen R, Zola P. Classification of radical hysterectomy adopted by the Gynecological Cancer Group of the European Organization for Research and Treatment of Cancer. *Int J Gynecol Cancer.* 2008 ; 18(5):1136-8.

76.- Landoni F; Maneo A; Cormio G; Perego P. Class II versus class III radical hysterectomy in stage IB-IIA cervical cancer: a prospective randomized study. *Gynecol Oncol* 2001; 80(1):3-12.

77.- Dargent D. Radical abdominal trachelectomy and pelvic lymphadenectomy with uterine conservation and subsequent pregnancy in the treatment of early invasive cervical cancer. *Am J Obstet Gynecol.* 2001; 185(2):370-4.

78.- Koliopoulos G, Sotiriadis A, Kyrgiou M, Martin-Hirsch P, Makrýdimas G, Paraskevaídis E. Conservative surgical methods for FIGO stage IA2 squamous cervical carcinoma and their role in preserving women's fertility. *Gynecol Oncol* 2004; 93(2):469-73.

79.- Plante M, Renaud mc, Hoskins IA, Roy M. Vaginal radical trachelectomy: A valuable fertility-preserving option in the management of early-stage cervical cancer. A series of 50 pregnancies

and review of the literature. *Gynecol Oncol* 2005; 98(1):3-10.

80.- Hertel H, Kohler C, Grund D, Hillemanns P, Possover M, Michels W, et al. Radical vaginal trachelectomy (RVT) combined with laparoscopic pelvic lymphadenectomy: prospective multicenter study of 100 patients with early cervical cancer. *Gynecol Oncol* 2006; 103(2):506-11.

81.- Moore P, Benchaib M, Buenerd A, et al. Oncological safety of laparoscopic-assisted vaginal radical trachelectomy (LARVT or Dargent's operation): A comparative study with laparoscopic-assisted vaginal radical hysterectomy (LARVH). *Gynecol Oncol* 2007; 106(1):132-141.

82.- Hunter MI, Monk BJ, Tewari KS. Cervical neoplasia in pregnancy. Part 1: screening and management of preinvasive disease. *Am J Obstet Gynecol.* 2008 ; 199(1):3-9.

83.- Hunter MI, Tewari K, Monk BJ. Cervical neoplasia in pregnancy. Part 2: current treatment of invasive disease. *Am J Obstet Gynecol.* 2008 ; 199(1):10-8.

84.-Haie-Meder C, Pötter R, Van Limbergen E, Briot E, De Brabandere M, Dimopoulos J et al. Gynaecological (GYN) GEC-ESTRO Working Group. Recommendations from gynaecological (GYN) GEC ESTRO working group (II): concepts and terms in 3D image-based treatment planning in cervix cancer brachytherapy-3D dose volume parameters and aspects of 3Dimage-based anatomy, radiation physics, radiobiology. *Radiother Oncol* 2006; 78: 67-77.

85- Liu MT, Hsu JC, Liu WS, Wang AY, Huang WT, Chang TH, Pi CP, Huang CY, Huang CC, Chou PH, Chen TH. Prognostic factors affecting the outcome of early cervical cancer treated with radical hysterectomy and post-operative adjuvant therapy. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2008 ; 17(2):174-81.

86.- Eifel PJ, Winter K, Morris M, Levenback C, Grigsby PW, Cooper J, Rotman M, Gershenson D, Mutch DG. Pelvic irradiation with concurrent chemotherapy versus pelvic and para-aortic irradiation for high-risk cervical cancer: an update of radiation therapy oncology group trial (RTOG) 90-01. *J Clin Oncol*. 2004; 22(5):872-80.

87.- Rotman M, Sedlis A, Piedmonte MR, Bundy B, Lentz SS, Mudderspach LI, Zaino RJ. A phase III randomized trial of postoperative pelvic irradiation in Stage IB cervical carcinoma with poor prognostic features: follow-up of a gynecologic oncology group study. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2006 ; 65(1):169-76.

88.- Moore DH, Blessing JA, McQuellon RP, Thaler HT, Cella D, Benda J, Miller DS, Olt G, King S, Boggess JF, Rocereto TF. Phase III study of cisplatin with or without paclitaxel in stage IVB, recurrent, or persistent squamous cell carcinoma of the cervix: a gynecologic oncology group study. *J Clin Oncol*. 2004; 22(15):3113-9.

89.- Niibe Y, Kenjo M, Kazumoto T, Michimoto K, Takayama M, Yamauchi C, Kataoka M, Suzuki K, Ii N, Uno T, Takanaka T, Higuchi K, Yamazaki H, Tokumaru S, Oguchi M, Hayakawa K; Japanese Isolated Para-Aortic Lymph Node Recurrence of Uterine Cervical Carcinoma Study Group. Multi-institutional study of radiation therapy for isolated para-aortic lymph node recurrence in uterine cervical carcinoma: 84 subjects of a population of more than 5,000. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2006; 66(5):1366-9.

90.-Hirte HW, Strychowsky JE, Oliver T, Fung-Kee-Fung M, Elit L, Oza AM. Chemotherapy for recurrent, metastatic, or persistent cervical cancer: a systematic review. *Int J Gynecol Cancer* 2007; 7(6):1194-204.

91.- Long HJ 3rd, Bundy BN, Grendys EC Jr, Benda JA, McMeekin DS, Sorosky J, Miller DS, Eaton LA, Fiorica JV; Gynecologic Oncology Group

Study. Randomized phase III trial of cisplatin with or without topotecan in carcinoma of the uterine cervix: a Gynecologic Oncology Group Study. *J Clin Oncol*. 2005 20;23(21):4626-33.

proceso
asistencial
integrado

