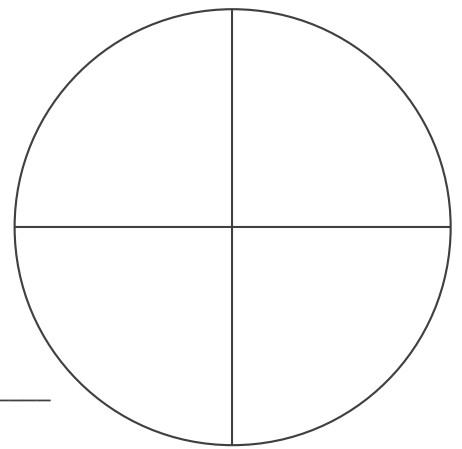


Anexo 1

Registro de colposcopia



1. Número del expediente médico: _____
 2. Nombre de la paciente: _____
 3. Edad: _____
 4. Fecha de la consulta: ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año)
 5. Colposcopista: _____
 6. ¿Vio toda la unión escamoso-cilíndrica (UEC)? Sí No
(En caso negativo, sopesese la posibilidad de legrado endocervical)
 7. Colposcopia insatisfactoria: Por no haber visto toda la UEC Por no haber visto toda la lesión
 8. Hallazgos colposcópicos dentro de la zona de transformación (marque con ✓):
(Dibuje la UEC, epitelio acetoblanco, punteado, mosaico, vasos atípicos y demás lesiones)
 - Epitelio acetoblanco plano
 - Epitelio acetoblanco micropapilar o cerebroide
 - Leucoplasia
 - Punteado
 - Mosaico
 - Vasos atípicos
 - Áreas yodonegativas
 - Otros (especificar): _____
 9. Hallazgos fuera de la zona de transformación: _____
-
10. Sospecha colposcópica de carcinoma invasor: Sí No
 11. Otros hallazgos: _____
-
12. Diagnóstico colposcópico (marque con ✓):
 - Colposcopia insatisfactoria (especifique): _____
 - Hallazgos colposcópicos normales
 - Inflamación o infección (especifique): _____



- Leucoplasia
- Condiloma
- NIC de bajo grado
- NIC de alto grado
- Carcinoma invasor (especificar ubicación): _____
- Otros (especificar): _____
- Número de biopsias tomadas ____ (marque su ubicación con una 'X' en el dibujo de la colposcopia)
- Legrado endocervical (LEC)

13. Otros hallazgos (marque con ✓):

- La lesión afecta al endocérvix
- Se induce fácilmente la hemorragia mucosa
- Cervicitis purulenta
- Flujo opaco
- Flujo amarillo
- Otros (especificar): _____

14. Firma del colposcopista: _____

15. Si durante la colposcopia se ha realizado un test, anote los resultados:

Citología:	LEC:	Biopsia:
<input type="checkbox"/> Negativa	<input type="checkbox"/> Negativa	<input type="checkbox"/> Negativa
<input type="checkbox"/> Atipia o NIC 1	<input type="checkbox"/> NIC 1	<input type="checkbox"/> NIC 1
<input type="checkbox"/> NIC 2	<input type="checkbox"/> NIC 2	<input type="checkbox"/> NIC 2
<input type="checkbox"/> NIC 3	<input type="checkbox"/> NIC 3	<input type="checkbox"/> NIC 3
<input type="checkbox"/> Carcinoma invasor	<input type="checkbox"/> Carcinoma escamoso microinvasor	<input type="checkbox"/> Carcinoma escamoso microinvasor
	<input type="checkbox"/> Carcinoma escamoso invasor	<input type="checkbox"/> Carcinoma escamoso invasor
	<input type="checkbox"/> Adenocarcinoma	<input type="checkbox"/> Adenocarcinoma <i>in-situ</i>
	<input type="checkbox"/> Displasia glandular	<input type="checkbox"/> Adenocarcinoma
	<input type="checkbox"/> No se practicó LEC	

Formulario de consentimiento

EJEMPLO

Nombre de la paciente..... Centro de salud

Consentimiento para colposcopia, biopsia y posible tratamiento

El cáncer cervicouterino es un problema para las mujeres de nuestra región, que podría en gran parte prevenirse mediante pruebas sencillas. Los médicos emplean una prueba que permite detectar problemas tempranamente. Así pueden ser tratados y se evita el cáncer.

Procedimientos

La han remitido a colposcopia porque quizá tenga usted un problema de cuello uterino. Si decide someterse a esta exploración, el médico le informará y orientará acerca del cáncer cervicouterino, le hará algunas preguntas sobre sus antecedentes reproductivos y la posibilidad de que esté embarazada, y le explorará el cuello uterino hoy. Usará un espéculo para mantener la vagina abierta. Luego, le limpiará suavemente el cuello uterino con vinagre. Quizá sienta un leve picor debido al vinagre. El médico le mirará el cuello uterino con un colposcopio, que lo magnifica e ilumina para poder verlo mejor. El colposcopio no la tocará. El examen llevará entre 5 y 7 minutos.

Si del examen con el colposcopio se desprende que tiene usted el cuello uterino sano, esto habrá sido todo. Si el examen con el colposcopio sugiere que no tiene usted el cuello uterino sano, el médico tomará una pequeña muestra de tejido del cuello uterino (lo que se llama una biopsia) para comprobar el diagnóstico.

La biopsia puede causarle algún dolor durante unos segundos, que varía de una sensación de leve pellizco a una de retortijones. Después de la biopsia, le aplicarán crioterapia para extraerle la zona problemática del cuello uterino. Probablemente sentirá retortijones durante el procedimiento y hasta después de transcurridos unos minutos; después suelen detenerse. Seguramente también manchará algo o tendrá una leve hemorragia durante 1 a 2 semanas y un exudado vaginal acuoso que dura de 2 a 4 semanas. Se le pedirá que no tenga relaciones durante 3 ó 4 semanas, para darle tiempo al cuello uterino de sanar adecuadamente. También se le pedirá que regrese al consultorio entre 9 y 12 meses después del procedimiento para una visita de seguimiento. El médico volverá a examinarle el cuello uterino con un colposcopio para asegurarse del éxito del tratamiento. Si de este nuevo examen colposcópico se desprende que el tratamiento no tuvo éxito, se le indicará cómo proceder.

Riesgos

La exploración vaginal puede darle vergüenza. El examen colposcópico puede causar irritación y ardor vaginal durante unos minutos. Si le toman una biopsia del cuello uterino, puede presentar hemorragia vaginal leve durante un día o dos. Si la someten a crioterapia, podrá tener un exudado vaginal acuoso durante hasta cuatro semanas. Aunque es improbable, también puede presentar hemorragia vaginal abundante. Hay un 10% de posibilidad de que la crioterapia, aun realizada correctamente, no sea eficaz; este resultado se detectará en el examen de seguimiento entre los 9 y 12 meses posteriores a su realización.

Admisibilidad

Antes de la exploración se le harán algunas preguntas para conocer la posibilidad de que esté embarazada. Si la posibilidad existe, le harán la prueba del embarazo ordinaria con una gota de orina. Le harán la colposcopia aunque esté usted embarazada. Si necesita tratamiento y la prueba del embarazo es positiva, se aplazará el tratamiento hasta seis semanas después del parto.

Confidencialidad

Toda su información personal será confidencial y se usará solo para su atención médica. Cualquier otro uso de la misma requerirá su consentimiento escrito. El hecho de que usted rechace cualquier parte de este examen no afectará la atención que podamos darle en el futuro.

Preguntas

Haga cualquier pregunta que tenga, acerca del examen o de sus derechos como paciente, al personal del hospital de distrito.

Declaración de la paciente (ejemplar para el proveedor)

Me han explicado la información precedente relativa a la colposcopia, la biopsia y el posible tratamiento, y he podido hacer preguntas. Acepto someterme a esta exploración.

Firma de la paciente Huella digital de la paciente →

Fecha _____

Firma de un testigo

Fecha _____

.....

(cortar por la línea de puntos y dar a la paciente)

Declaración de la paciente (ejemplar para la interesada)

Me han explicado la información precedente relativa a la colposcopia, la biopsia y el posible tratamiento, y he podido hacer preguntas. Acepto someterme a esta exploración.

Firma de la paciente Huella digital de la paciente →

Fecha _____

Firma de un testigo

Fecha _____

Anexo 3

Preparación de la solución de ácido acético al 5%, la yodoyodurada de Lugol y la de Monsel

Ácido acético al 5%

Ingredientes	Cantidad
1. Ácido acético glacial	5 ml
2. Agua destilada	95 ml

Preparación

Agregue cuidadosamente 5 ml de ácido acético glacial a 95 ml de agua destilada y mezcle a fondo.

Almacenamiento:

El ácido acético que no haya usado debe desecharse al final del día.

Etiquetado:

Ácido acético al 5%

Nota: Es importante acordarse de diluir el ácido acético glacial, ya que al aplicarlo sin diluir al epitelio le causa una quemadura química grave.

Solución yodoyodurada de Lugol

Ingredientes	Cantidad
1. Yoduro potásico	10 g
2. Agua destilada	100 ml
3. Cristales de yodo	5 g

Preparación

- Disuelva 10 g de yoduro potásico en 100 ml de agua destilada.
- Agregue lentamente 5 g de cristales de yodo, agitando al mismo tiempo.
- Filtre y guarde en un frasco marrón, que cerrará firmemente.

Almacenamiento:

1 mes

Etiquetado:

Solución yodoyodurada de Lugol

Usar antes de (fecha)

Solución de Monsel

Ingredientes	Cantidad
1. Subsulfato férrico	15 g
2. Polvo de sulfato ferroso	unos granos
3. Agua estéril para mezclar	10 ml
4. Glicerolado de almidón	12 g

Preparación

Atención: La reacción es exotérmica (libera calor).

- Eche unos granos del polvo de sulfato ferroso en 10 ml de agua estéril en un bocal de vidrio. Agite.
- Disuelva el subsulfato férrico en la solución, dando vueltas con un agitador de vidrio. La solución debe quedar límpida.
- Pese el glicerolado de almidón en un mortero de vidrio. Mezcle bien.
- Agregue lentamente la solución de sulfato férrico al glicerolado de almidón, removiendo constantemente para conseguir una mezcla homogénea.
- Guarde la mezcla en un frasco de vidrio marrón de 25 ml.
- Para uso clínico, suele preferirse permitir la suficiente evaporación que dé a la solución una consistencia pastosa, pegajosa, parecida a la mostaza. Esto puede llevar de 2 a 3 semanas, según el entorno. La parte superior del envase luego puede asegurarse para el almacenamiento. Si es necesario, puede añadirse agua estéril a la pasta para hacerla menos densa.

Nota: Esta preparación contiene 15% de hierro elemental.

Almacenamiento:

6 meses

Etiquetado:

Solución de Monsel

Agitar bien

Solo para uso tópico

Usar antes de (fecha)

Glicerolado de almidón

(ingrediente de la solución de Monsel)

Ingredientes	Cantidad
1. Almidón	30 g
2. Agua estéril para mezclar	30 ml
3. Glicerina	390 g

Preparación

- En un crisol de porcelana, disuelva el almidón en el agua estéril.
- Añada la glicerina. Agite bien.
- Caliente el crisol y su contenido sobre un mechero de Bunsen. Mezcle constantemente con una espátula hasta que la masa se hinche y adquiera una consistencia espesa. Tenga cuidado de no calentar excesivamente, pues se pondrá amarilla.

Almacenamiento:

1 año

Etiquetado:

Glicerolado de almidón

Consérvese en un lugar fresco

Solo para uso tópico

Usar antes de (fecha)

Nota: No caliente excesivamente, o la mezcla se pondrá amarilla.

Terminología colposcópica

Hallazgos colposcópicos normales

Epitelio original escamoso

Epitelio cilíndrico

Zona de transformación normal

Hallazgos colposcópicos anormales

Dentro de la zona de transformación

Epitelio acetoblanco

Plano

Epitelio acetoblanco micropapilar o cerebroide

Punteado*

Mosaico*

Leucoplasia*

Áreas yodonegativas

Vasos atípicos

Fuera de la zona de transformación, por ejemplo en exocérvix o vagina

Epitelio acetoblanco*

Plano

Epitelio acetoblanco micropapilar o cerebroide

Punteado*

Mosaico*

Leucoplasia*

Áreas yodonegativas

Vasos atípicos

Sospecha colposcópica de carcinoma invasor

Colposcopia insatisfactoria

No se ve la unión escamoso-cilíndrica

Inflamación o atrofia intensas

No se ve el cérvix

Otros hallazgos

Superficie micropapilar no acetoblanca

Condiloma exofítico

Inflamación

Atrofia

Úlcera

Otros

* Indica cambio, menor o mayor. Cambios menores son el epitelio acetoblanco, el mosaico fino, el punteado fino y la leucoplasia delgada. Cambios mayores son el epitelio acetoblanco denso, el mosaico grueso, el punteado grueso, la leucoplasia gruesa, los vasos atípicos y la erosión.

Referencia: Stafl y Wilbanks (1991)

Anexo 5

El índice colposcópico modificado de Reid (RCI)*

El índice colposcópico modificado de Reid (RCI)*			
Signos colposcópicos	Cero puntos	Un punto	Dos puntos
Color	Epitelio acetoblanco tenue (no completamente opaco); indiferenciado; transparente o translúcido Área acetoblanca más allá del borde de la zona de transformación Color blanco nieve e intenso brillo superficial (raro)	Coloración intermedia blanquecina y superficie brillante (la mayoría de las lesiones deben clasificarse en esta categoría)	Denso, opaco, de densidad blanco ostra; gris
Bordes y superficie de la lesión	Contorno microcondilomatoso o micropapilar ¹ Lesiones planas con bordes indefinidos Bordes en forma de pluma o finamente dentados Lesiones anguladas, melladas ³ Lesiones satélites más allá del borde de la zona de transformación	Lesiones regulares, simétricas, de contornos netos y rectilíneos	Bordes dehiscentes, enrollados ² Demarcaciones internas entre zonas de apariencia colposcópica dispar: una central de cambios mayores y otra periférica de cambios menores
Angioarquitectura	Capilares finos, cercanos, de calibre y disposición uniforme ⁴ Patrones vasculares mal formados de punteado o mosaico finos Vasos más allá del borde de la zona de transformación Capilares finos en lesiones microcondilomatosas o micropapilares ⁶	Ausencia de vasos	Punteado o mosaico grueso bien definido, nítidamente delineado ⁵ y dispuesto amplia y aleatoriamente

El índice colposcópico modificado de Reid (RCI)* (Cont.)

Signos colposcópicos	Cero puntos	Un punto	Dos puntos
Captación de yodo	Captación positiva de yodo que confiere al tejido un color castaño-caoba Lesión insignificante que no capta la tinción con yodo, es decir, tinción amarilla de una lesión con tres o menos puntos en los tres primeros criterios Zonas más allá del borde de la zona de transformación, que resaltan en la colposcopia por ser yodo negativas (suelen deberse a paraqueratosis) ⁷	Captación parcial de yodo; aspecto moteado, jaspeado	Lesión significativa que no capta la tinción con yodo, es decir, tinción amarilla de una lesión con cuatro o más puntos en los tres primeros criterios

* La clasificación colposcópica se realiza con una solución acuosa yodoyodurada de Lugol y ácido acético al 5%. (Véase el anexo 3 para la preparación de la solución yodoyodurada de Lugol y la de ácido acético al 5%)

- 1 No se incluye aquí el contorno superficial microexofítico indicativo del cáncer evidenciable por colposcopia.
- 2 Los bordes epiteliales se despegan con facilidad del estroma subyacente y se enrollan. Nota: Las lesiones prominentes de bajo grado suelen interpretarse como más graves de lo que son, en cambio, es fácil pasar por alto sutiles parches avasculares de H-LIE.
- 3 Otórguele un cero aunque parte del borde periférico sea recto.
- 4 A veces, los patrones de mosaico vascularizados en el centro son característicos de anomalías histológicas de bajo grado. Estos patrones capilares lesionales de bajo grado pueden ser muy pronunciados. Hasta que el médico aprende a diferenciar los patrones vasculares finos de los gruesos, el sobrediagnóstico es la regla.
- 5 No se incluye aquí la angioarquitectura atípica indicativa del cáncer evidenciable por colposcopia.
- 6 En general, cuanto más microcondilomatosa es la lesión, más baja es la puntuación. Sin embargo, el cáncer también puede presentarse como un condiloma, aunque raramente.
- 7 Paraqueratosis: aumento del grosor de la capa epitelial superficial, con persistencia de núcleos picnóticos.

Predicción colposcópica del diagnóstico histológico mediante el Índice colposcópico de Reid (RCI)

RCI (puntuación general)	Histología
0 - 2	Probablemente NIC 1
3 - 4	Lesión superpuesta:
Probablemente NIC 1 o NIC 2	
5 - 8	Probablemente NIC 2-3

Índice alfabético

Adenocarcinoma	.15, 23, 74
Adenocarcinoma <i>in situ</i>	.13, 19, 74
Aspecto en piel de leopardo	.82
Carcinoma adenoescamoso	.24
Carcinoma de células escamosas no queratinizante	.23-24
Carcinoma de células escamosas queratinizante	.23-24
Carcinoma <i>in situ</i> (CIS)	.13, 14
Carcinoma microinvasor	.21, 27
Células escamosas atípicas de significado incierto (ASCUS)	.14-15
Cervicitis	.80
Cervicovaginitis	.79
Colposcopio	.29, 31
Condiloma	.14, 58, 92
Conización con bisturí frío	.43, 92, 93, 110
Crioterapia	.89, 95-102
Criptas	.5, 10
Descontaminación	.113, 116
Desecación	.104
Desinfección de alto grado	.113, 116
Displasia	.13-15
Displasia glandular	.93
Ectopia	.7, 8
Ectropión	.7, 8
Embarazo	.43-44, 93-94
Endocérvix	.2, 3
Epitelio cilíndrico	.4-5, 48, 49, 53
Epitelio escamoso estratificado no queratinizante	.3, 4
Escisión electroquirúrgica con asa (LEEP)	.103, 111
Estenosis del conducto cervical	.102, 111
Esterilización	.113, 116
Exocérvix	.1, 3
Formulario de consentimiento	.38, 125
Fulguración	.104, 107
Hiperplasia	.8
Hiperqueratosis	.30, 58, 92
Histopatología	.16, 24

Índice colposcópico de Reid	.128
Infección genital	.91-92
Inspección visual con ácido acético (IVA)	.29-36, 41, 49, 59, 65, 81, 87, 127
Inspección visual con ácido acético y lente de aumento (IVAA)	.30-36
Legrado endocervical (LEC)	.43
Lesión acetoblanca	.35, 59-65, 70, 81, 87, 130
Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (H-LIE)	.14-15
Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (L-LIE)	.14-15
Lesiones inflamatorias	.65, 79-83
Leucoplasia	.30, 58, 86, 92
Metaplasia escamosa	.8-11, 50-51
Metaplasia escamosa madura o evolucionada	.9-12, 35, 51, 87
Metaplasia inmadura o incipiente	.9-10, 50-54
Mosaico fino	.58, 67, 87, 128
Mosaico grueso	.57-58, 67, 87, 128
Neoplasia intraepitelial anal (NIA)	.36
Neoplasia intraepitelial cervical (NIC)	.13-19, 55-68, 95-111
Neoplasia intraepitelial vaginal (VAIN)	.36
Neoplasia intraepitelial vulvar (VIN)	.36
Nueva unión escamoso-cilíndrica	.5-8
Onda de coagulación	.104
Onda mixta de corte	.104
Prueba de Schiller	.36
Punteado fino	.58, 67, 87, 129
Punteado grueso	.58, 63, 88, 129
Quiste de Naboth	.10
Registro de colposcopia	.29, 36, 123
Sistema Bethesda	.14-15
Sistema de clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)	.24-25
Solución de Monsel	.42, 126
Solución yodoyodurada de Lugol	.36, 41, 53, 65, 82, 127
Terminología colposcópica	.127
Umbilicación	.58
Unión escamoso-cilíndrica (UEC)	.5-8, 87
Vasos superficiales anormales	.70-74
Vasos superficiales ramificados	.47, 48
Zona de transformación (ZT)	.11-12, 53-54, 67, 87
Zona de transformación anormal (ZTA)	.11-12, 41
Zona de transformación congénita	.12, 54



ISBN 92 75 32471 9