



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TOMA DE CITOLOGÍA CERVICOVAGINAL **A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-018 VI 31-01-2022**

- **Propósito y beneficio de la prueba**

La citología cervicovaginal o Test de Papanicolaou es el estudio de las células del cuello del útero (matriz) recolectadas a través de la vagina con el fin de determinar la presencia o ausencia de células anormales.

Se considera una prueba de tamizaje, por lo tanto, permite identificar enfermedad en mujeres sanas; sin embargo, requiere en todos los casos de identificación de anormalidad, una prueba confirmatoria la cual en nuestro país está definida como colposcopia.

Adicionalmente es importante conocer que una sola toma de citología aislada tiene una baja probabilidad de detección de enfermedad (entre el 45% a 60%). Esta detección mejora realizando la toma de la citología cada año y relacionándola con los hallazgos clínicos (entre 70% – 80%).

- **Se deben realizar la citología**

Toda mujer que haya tenido relaciones sexuales, esté en menopausia o le hayan practicado histerectomía (extracción la matriz por cualquier causa) debe realizarse este examen con la periodicidad que determine el Médico, que puede intensificarse de acuerdo con algunos factores o resultados.

La ausencia de síntomas no garantiza que no exista enfermedad en el cuello uterino.

Si usted no ha tenido aún relaciones sexuales, es menor de edad o está embarazada, infórmelo al personal asistencial al momento de la toma de su citología para seguir el procedimiento establecido en cada caso.

- **Descripción de la prueba**

El personal asistencial le solicitará que se acueste en la camilla y con ayuda de un espéculo le tomará una muestra de las células cervicales frotando suavemente con una espátula o cepillo a través de la apertura del cuello uterino.

La muestra obtenida se estudiará en el laboratorio con la ayuda de un microscopio, para buscar alteraciones en las células.

- **Posibles riesgos y complicaciones**

La mayoría de las mujeres no manifiesta molestias durante la toma de la muestra, aunque puede sentir algo de incomodidad si se encuentra muy tensa.

En ocasiones, se pueden presentar algunas molestias generalmente leves y transitorias como dolor tipo cólico o un ligero manchado que normalmente cede el mismo día del examen. En caso de presentarse molestias más severas o prolongadas debe ponerse en contacto con la sede donde se realizó la toma de la muestra.

- **Si su citología cervicovaginal resulta anormal**

La citología ayuda a encontrar células alteradas de manera que pueda iniciarse un tratamiento antes de que se desarrollen y puedan evolucionar en un cáncer de cuello uterino.

Los cambios de las células cervicales identificados en la citología pueden variar en su nivel de gravedad, encontrando cambios indeterminados, lesiones de bajo grado y lesiones de alto grado.



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TOMA DE CITOLOGÍA CERVICOVAGINAL
A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-018 VI 31-01-2022

Estos cambios celulares no necesariamente indican malignidad (cáncer) pero representan un llamado de atención que requiere un seguimiento frecuente y cuidadoso.

En caso de obtener un resultado anormal, es probable que el Ginecólogo le realice un examen complementario denominado colposcopia y le sea tomada una muestra cervical (biopsia).

Para programar esta toma de biopsia debe entregar el resultado de la citología a su Médico tratante o si usted pertenece a la EPS será contactada por la enfermera del Programa de Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino. El Ginecólogo determinará si requiere tratamiento y de qué tipo.

Yo, _____ identificada con _____
número _____ de _____, autorizo al personal del
Laboratorio Clínico para realizar la toma de la Citología Cervicovaginal en mí o en el usuario _____

Declaro que he leído (o que se me ha leído) la información sobre el propósito y **beneficio** de la toma de la citología cervicovaginal, su interpretación, limitaciones, **riesgos y complicaciones** y entiendo su contenido. Comprendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomada la muestra.

De acuerdo con la información anotada manifiesto que me someto en forma libre a la toma de la muestra y me comprometo a seguir las indicaciones del Médico tratante, Ginecólogo y/o de los profesionales del Programa de Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino relacionadas con el autocuidado y seguimiento de mi salud.

De igual manera me comprometo a reclamar el resultado del examen en el laboratorio con el fin de llevarlo al Médico tratante para que sea interpretado.

Firma del paciente o acudiente _____

_____ Teléfono fijo _____ Celular _____

_____ Dirección _____ Correo electrónico _____

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DONDE SE TOMA LA MUESTRA

Nombres y apellidos de quien toma la muestra (Sello) _____

Sede _____ Ciudad _____

Fecha en el que se firma _____, Número de ingreso _____

MM

DD

AAAA