32. CANCER CERVICOUTERINO

Protocolo de vigilancia Epidemiológica
del Cáncer Cervicouterino

1. ENTRADA

1.1 Definición del evento a vigilar

El carcinoma de cuello uterino es una enfermedad progresiva que se inicia con cambios intraepiteliales premalignos que se pueden detectar precozmente con la citología cervico - uterina.

Existe controversia tanto acerca de la progresividad de las lesiones premalignas como que el carcinoma cervicouterino esté siempre precedido por ellas. Epidemiológicamente se ha encontrado que la edad de las mujeres con estas lesiones premalignas (displasias leves –NICI- ó displasias moderadas –NIC II-) es menor que las que tienen carcinoma in situ (NIC III) y éstas a su vez son menores que las que presentan cáncer infiltrante, lo cual sugiere un proceso progresivo del NIC (Neoplasia Intraepitelial Cervical) a carcinoma in situ y de allí a microinvasor y a infiltrante. Aunque virtualmente todos los carcinomas cervicales invasores se desarrollan a través de fases progresivas de cambios intraepiteliales, no todos necesariamente progresan a invasión.

Algunos estudios han demostrado que el 30 – 35% de lesiones preinfiltrantes regresan espontáneamente; esta proporción parece ser menor a mayor edad. Las displasias leves y moderadas tienen las más altas tasas de regresión. Como no es posible determinar a priori cuales lesiones progresan y cuáles no, la totalidad de los casos de neoplasias intraepiteliales deben ser consideradas como potencialmente malignas y manejarse consecuentemente.

Los principales factores de riesgo identificados en la aparición del cáncer cervicouterino son:

- Inicio de las relaciones sexuales a temprana edad.
- Varios compañeros sexuales en la mujer o en su conyuge
- El tabaquismo
- La multiparidad
- Estrato socioeconómico bajo
- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual en la mujer o en su conyuge
- Infección por el virus del papiloma humano
- Estados de depresión y ansiedad

En relación con la incidencia de cáncer cervicouterino en Colombia, los únicos datos disponibles con coberturas de registro completas, provienen del Registro Poblacional de Cáncer en Cali, el cual muestra una tasa estandarizada de 39.5 por 100.000 mujeres para el período 1982-1986. A medida que aumenta la edad se observa un aumento progresivo de las tasas de incidencia. Así, el grupo de 35-39 años, con una tasa de 50 / 100.000, duplica la tasa del grupo anterior (30-39 años). Esta tendencia de aumento sostenido se mantiene hasta alcanzar tasas de 150 / 100.000 en el grupo de 70-74 años.

El cáncer de cuello uterino es la segunda causa de muerte por todos los cánceres en Colombia, y después del tumor de estómago, es el cáncer que más afecta a las mujeres. De acuerdo a las tasas específicas por edad, el problema aumenta en forma continua y sostenida a partir de los 20 años.

1.2 Definiciones operativas

En el año 1928, Papanicolalou descubrió las células tumorales en frotis provenientes del cervix de mujeres. En el año 1941 se institucionalizó y se difundió en todo el mundo la prueba del PAP, la cual se clasifica en cinco clases así:

Clase I: negativa
Clase II: atipias
Clase III: sospechoso
Clase IV: muy sugestivo de malignidad
Clase V: conclusivo de malignidad
Con el paso de los años la clasificación evolucionó y el reporte se informaba como:

PAP I: negativo

PAP II: atipias benignas – Atipias severas o metaplasia escamosa
PAP III: displasia ligera, moderada o severa
PAP IV: carcinoma in situ

PAP V: carcinoma invasor

En el año 1966 R. Richart propuso adoptar el sistema NIC (Neoplasia Intraepitelial Cervical), que se reporta así:

NIC I: displasia leve

NIC II: displasia moderada

NIC III: displasia severa – Carcinoma in situ
Carcinoma de células escamosas

Luego aparece el sistema Bethesda que se reporta así:

Normal
Normal inflamatorio
LIE bajo grado
LIE alto grado

Células sospechosas de cáncer invasor

Un informe citológico debe contener:

- Descripción de la muestra como adecuada o inadecuada
- Descripción de cambios reparativos o reactivos
- Diagnóstico de la flora microbiana como hongos, bacterias, protozoos, virus.
- Descripción de las anormalidades epiteliales de las células escamosas.

Lo más importante de la citología es saber que conducta se asume al obtener un resultado.

Comparativo diferentes formas de reporte:
Definición de caso:

Caso probable: paciente a la que se le informe LIE (Lesión Intraepitelial Escamosa) bajo grado en el resultado de la citología cervico-uterina.

Caso confirmado: es un caso probable con biopsia confirmatoria de neoplasia cervicouterina

Caso compatible: es un caso probable al que no se le realizó biopsia de cuello uterino.

Caso descartado: es un caso probable con biopsia negativa para neoplasia intraepitelial.

1.3 Definición de objetivos, metas y estrategias

Objeto

Disminuir la morbilidad y la mortalidad por cáncer cervicouterino en las mujeres del Departamento de Antioquia

Metas

- Realizar acciones de información y educación dirigidas al 100% de la población antioqueña
- Reducir la mortalidad por cáncer cervicouterino.
- Implementar el sistema de vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino en el 100% de los municipios de Antioquia.
- Realizar biopsia de cuello uterino en el 100% de los casos probables de cáncer cervicouterino notificados.
- Captar el 100% de los casos probables de cáncer cervicouterino y garantizar el tratamiento, seguimiento y control en el marco del Sistema General de Seguridad Social.

Estrategias

- Motivación masiva sobre la importancia de la toma de la citología cervicouterina.
- Información masiva sobre los deberes y derechos en salud en el actual Sistema General de Seguridad Social
- Incrementar la toma de citología cervicouterina con cargo a los programas de promoción y prevención de los planes obligatorio y subsidiado de salud y con cargo al subsidio a la oferta en el caso de la población vinculada.
- Seguimiento de los casos con citología anormal.

1.4 Recursos disponibles y responsabilidades

- Fundamentos legales

  - Constitución Política Art. 189, numeral 22. Artículos 48, 49, 357, 366, 150 numeral 8, Artículo 369.
  - Ley 60 de 1993 Artículo 10.
  - Ley 100 Decretos 1938 – 1891 – 1895 – 2491 de 1994 y 2174 de 1996.
  - Acuerdo 72 C NSSS.
  - Resolución 5261 de 1994 y 4288/96 del Ministerio de Salud

- Resoluciónes 3997/96 y 412/2000 del Ministerio de Salud

- Existe la decisión política a nivel nacional, departamental y municipal de intervenir positivamente el problema del cáncer cervicouterino.

- El Sistema General de Seguridad Social en Salud establece la toma de citología cervicouterina como una acción de promoción y prevención en el Plan Obligatorio de Salud y con cargo al subsidio a la oferta en el caso de la población vinculada.

- Capacidad técnica sectorial para promocionar la salud sexual reproductiva, prevenir el cáncer cervicouterino, diagnosticarlo oportunamente y tratarlo adecuadamente.

- Las Empresas Promotoras de Salud y las Administradoras del Régimen Subsidiado tienen la obligación de garantizar las acciones para la demanda inducida de la citología cervicouterina a las mujeres afiliadas dentro del Plan Obligatorio de Salud.

- Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud tienen la responsabilidad de ofrecer un servicio de toma de citología cervicouterina con calidad y oportunidad.

- La dirección local de salud tiene la responsabilidad de vigilar y controlar la prestación de los servicios de salud contemplados en el Plan Obligatorio de Salud y de ofrecer la atención a la población vinculada con cargo al subsidio a la oferta. Adicionalmente debe identificar las personas que requieren atención en salud y garantizar el acceso a los servicios de salud para una atención oportuna e integral. Igualmente debe asesorar, evaluar y controlar el funcionamiento del Sistema de Vigilancia en Salud Pública y notificar los casos a la Dirección Seccional de Salud.

- Es responsabilidad de la Dirección Seccional de Salud brindar asesoría y asistencia técnica a los municipios para el desarrollo de las actividades de promoción y prevención, gerenciar la Vigilancia en Salud Pública a nivel departamental, notificar los casos al Ministerio de Salud y vigilar que se les ofrezca una atención oportuna e integral.

- Es responsabilidad del Ministerio de Salud dirigir y controlar el sistema de vigilancia en salud pública del cáncer cervicouterino.

1.5 Planeación y selección de datos

Fuentes de información:

- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

Registros de Información:

- Registro individual de prestación de servicios de salud - RIPS (consulta, urgencias, hospitalización).
- Informe mensual del número de citología realizadas por cada institución.
- Formato individual del resultado de la citología cervicouterino de los casos probables.
- Historia clínica
- Registros de laboratorio
- Reportes de patología
- Certificados de defunción.
- Registro poblacional de cáncer.

- Registros ficha colectiva del Sigivila

1.6 Flujograma

Notificación:

De la institución prestadora de servicios de salud a la dirección local de salud

- Mensual individual de casos probables
- Mensual colectiva del número de citologías realizadas, con las variables edad, procedencia y resultado.

De la dirección local de salud a la dirección seccional de salud:

- Mensual colectiva del número de citologías realizadas y el total de anormales discriminadas según Bethesda.
- Mensual colectiva del número de casos probables y confirmados

De la dirección seccional de salud al Ministerio de Salud:

- Mensual colectiva del total de casos probables y confirmados

Las EPS-ARS deben reportar trimestralmente a las direcciones locales de salud las acciones de promoción y prevención realizadas en cáncer cervico uterino.

2. PROCESO

2.1 Decisiones Políticas

Inclusión de las acciones de promoción y prevención del cáncer cervicouterino como prioridad en los planes de atención básica municipal y departamental.

2.2 Definición de acciones técnicas:

Toma de citología:

- Diligenciamiento total del formulario con letra clara
- Marcado correcto de la placa

Para lograr una muestra representativa del endocervix:

- Introduzca el citocepillo en el canal endocervical.
- Gire el citocepillo 360 grados suavemente
- Retire el citocepillo cuidando no tocar las paredes vaginales
- Rote el citocepillo haciendo una leve presión sobre la lámina porta objeto realizando un extendido uniforme y utilizando toda la muestra del citocepillo.
- Deseche el citocepillo en hipoclorito

Para lograr una muestra representativa de exocervix:

- Si hay mucha presencia de moco o flujo, limpie con aplicador suavemente el exceso
- Apoye la espátula en el orificio cervical externo, logre la máxima área de contacto entre la espátula y el exocervix
- Gire en sentido de las manecillas del reloj, realizando una presión sobre la circunferencia completa.
- Realice el extendido sobre la lámina porta objetos utilizando toda la muestra obtenida.
- Deseche la espátula en hipoclorito.

Proceso de fijación, éste garantiza la adhesividad de la muestra a la placa y conserva las características celulares:

- Realice la fijación introduciendo las placas, inmediatamente después de tomadas, en alcohol isopropílico al 96% o alcohol etílico al 95%. Dejarla por espacio mínimo de 15 minutos y máximo de 6 horas.

Envío de las placas al sitio de lectura:

- Luego de estar la placa fijada, dejarla secar al aire libre aproximadamente seis minutos.
- Marcar la placa portaobjetos con lápiz de cera o vidriograf (no se debe usar esparadrapo).
- Verificar que el número del informe sea el mismo de la placa a enviar.
- Verificar que el informe este diligenciado completamente.
- La placa debe ser envuelta en dos cuadros de papel higiénico, antes de sercubierta con su correspondiente informe.

A nivel individual a partir del caso probable de cáncer cervicouterino:

- Elaboración de historia clínica
- Toma y envío de muestra para biopsia
- Notificación mensual en forma individual
- Seguimiento del paciente
- Aplicar esquema terapéutico ordenado
- Terapia de apoyo al paciente y a su familia

- **A nivel comunitario:**

- Realizar campañas de promoción de comportamientos saludables relacionados con la sexualidad y la reproducción.

INSTRUCTIVO PARA LA TOMA Y TRANSPORTE

DE BIOPSIAS DE CUELLO UTERINO AL LABORATORIO DE PATOLOGIA

Toma de biopsias de cuello uterino

Después de realizarse la citología cervicouterina como prueba de tamizaje y obtenerse un resultado oncológico anormal siguiendo los lineamientos del Sistema Bethesda para el reporte del estudio citológico, se continua la evaluación de la paciente con la interconsulta al médico patólogo.

El estudio histológico de las lesiones cervicales, se efectúa mediante la obtención de muestras para biopsias; el diagnóstico final de malignidad o benignidad depende del examen histológico de ellas. El tejido puede obtenerse por diferentes procedimientos:

1. Biopsia dirigida por colposcopia
2. Biopsia múltiple en los cuatro cuadrantes guiada con lugol (prueba de Schiller)
3. Curetaje de canal endocervical
4. Cono cervical

Es preciso recordar que el epitelio neoplásico es más frágil que el epitelio normal y las células se separan con mayor facilidad; así que al maniobrar la pinza de biopsia con poco cuidado se pueden producir más daños en este epitelio que en el normal, alterando la morfología celular y dificultando la valoración histológica.

Biopsia dirigida por colposcopia

El colposcopio es un instrumento óptico que permite una visión estereoscópica con lentes de diversos aumentos; mediante filtros y con la topicación de solución acuosa de ácido acético glacial al 3 ó 5%, se visualiza la red vascular de la superficie exocervical, la unión escamocolumnar, la morfología epitelial y sus lesiones.

Idealmente es el método diagnóstico a realizarse después de una citología anormal; permite tomar una biopsia guiada, visualizando zonas francamente neoplásicas, sospechosas o lesiones subclínicas y respetando el tejido sano, no solamente de lesiones de cuello uterino sino útil en otros órganos como: vaginal, vulva y pene.

Uno de los objetivos fundamentales de la colposcopia es precisar la localización exacta de la lesión y valorar la extensión de la misma. La biopsia cervical efectuada sin guía colposcópica en ausencia de una lesión visible clínicamente, tiene el riesgo de diagnóstico histológico falso negativo, en el 12 al 26% de los casos.

El estudio colposcópico se ve limitado cuando no se visualiza la unión escamocolumnar o zona de transformación, caso común en la mujer postmenopáusica y en el 10 al 15% de la mujer adulta premenopáusica. En estos casos es mandatorio la evaluación del canal endocervical.

Biopsia múltiple:

En ausencia del colposcopio se ha recurrido a la Prueba de Schiller, para dirigir la toma de muestras en las zonas que no capten el yodo (identifica células sin glucógeno en su citoplasma), pero sus resultados tampoco son mejores, por cuanto un alto porcentaje de áreas yodonegativas corresponden a lesiones benignas, tomando muestras innecesarias. Puede ser una ayuda a nivel rural donde se carece de colposcopio.

Curetaje de canal endocervical:

La toma de este material debe hacerse, complementariamente al estudio colposcópico del exocervix, cuando no se observa la zona de transformación y cuando la citología informe anomalías en las células cilíndricas. Mediante cureta para canal endocervical (Novak o Kevorqian) se efectúa el raspado de las paredes anterior, laterales y posterior del canal. Esta muestra se envía en recipiente separado y claramente rotulado “ENDOCERVIX”

Conización:

Es una intervención que conserva la integridad anatómica y funcional del cuello uterino; además de ser un procedimiento diagnóstico de gran utilidad para descartar invasión de lesiones displásicas, es una medida terapéutica definitiva, si los bordes de resección en el vértice y exocervix son lo suficientemente amplios para quedar libres de Neoplasia Intraepitelial. Las dimensiones del cono están determinadas por la topografía de la lesión, por la morfología del cérvix y por la edad de la paciente. En términos generales la altura varía entre 1 y 4 cms. La resección en forma de cono pirámide o sombrero mexicano se realiza cuando no puede visualizarse el límite superior de la lesión. En mujeres menopáusicas, en quienes la unión escamocolumnar es muy alta, el cono debe ser profundizado casi hasta el orificio cervical interno.

El médico que toma la biopsia o realiza el cono, debe conocer los efectos mecánicos y/o térmicos producidos en el tejido por los diferentes instrumentos y/o tipos de energía utilizados, para evitar la distorsión anatómica o coagulación del tejido; efecto que es más marcado cuando es mayor la intensidad de la energía utilizada o cuando se usa método de coagulación en vez de corte simple.

El fragmento cónico se envía al laboratorio de patología intacto, con un punto de sutura que localice la hora 12 del reloj en el labio anterior del cuello y así facilitar la identificación de los cuatro cuadrantes y valorar la extensión de la lesión.

Ya en el laboratorio, luego de fijarse en formol, los márgenes de resección se definen, marcándolas con tinta china o efectuando un corte transversal del vértice y realizando cortes seriados en sentido longitudinal de cada uno de los cuadrantes, obteniendo aproximadamente 12 a 16 fragmentos triangulares cuya base convergente es la superficie exocervical.

Figura 1. Representación esquemática de la técnica de preparación del cono.

Figura 1

Transporte de las muestras:

Se debe seguir las medidas elementales de Bioseguridad en el laboratorio para la protección tanto del personal manipulador (transporte y proceso), como de los mismos tejidos.

Recipiente: En toda sala de cirugía o área donde se tomen las biopsias, debe existir variedad de recipientes para depositar en ellos de acuerdo el tamaño, el especímen quirúrgico, tan pronto como sea obtenido. Las muestras deben quedar cubiertas totalmente por el líquido fijador en una proporción de líquido a tejido de 10 a 1. La buena fijación del tejido es lo más importante para evitar su descomposición y asegurar buenos cortes en el laboratorio.

Los recipientes deben tener las siguientes características:

- Contenedores de vidrio o plástico con boca ancha que no deformen el tejido, a la vez permitan su extracción y manipulación fácil en el laboratorio.

- Tapa segura que impida la salida del líquido fijador.

- Rótulo: cada recipiente debe llevar un rótulo, diligenciado con tinta no hidrosoluble, con letra legible y datos completos que incluyan: identificación del paciente, procedencia (municipio y entidad hospitalaria) y tipo de muestra. Ejemplo: “Exocérvix” y “Endocérvix”. En recipientes separados.

Fijador: Todos los órganos para estudio anatomopatológico deben fijarse inmediatamente se obtengan en FORMOL NEUTRO AL 10%.

Para preparar mil centímetros cúbico (1.000 c.c.), se procede así:

Formol comercial (37 ó 40%).....100 c.c.
Agua destilada.....900 c.c.
Fosfato monobásico de sodio..... 4 gr.
Fosfato bibásico de sodio (anhidro)..... 6.5 gr.

Solicitud para estudio anatomopatológico: Debe ser realizada completamente por el médico que ha efectuado el procedimiento y conozca los datos de historia clínica pertinentes al caso, para que la respuesta a su interconsulta, o diagnóstico anatomopatológico emitida por el médico patólogo, sea clara y confiable.

Para esto debe diligenciarse con:

- Tinta no hidrosoluble y letra legible
- Identificación completa del paciente
- Datos actuales de pertenencia al Sistema General de Seguridad Social.
- Datos de historia clínica, Pertinentes.
- Procedimiento quirúrgico realizado y hallazgos operatorios.
- Relación de estudios citológicos o anatomopatológicos previos (fecha y laboratorio donde se realizaron).
- Fecha y envío de la muestra.
- Procedencia (municipio)
- Nombre del médico remitente

NORMAL

REACTIVA CAMBIOS INFLAMATORIOS

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO DESCONOCIDO (ASCUS)
LESIÓN INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO (LIEBG)
LESIÓN INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO (LIEAG)
BAJO RIESGO*
ALTO RIESGO
CITOLOGÍA SEGÚN ESQUEMA 1.1.3.
SEGUIMIENTO: TRATAR INFECCIONES QUE ESTÁN CAUSANDO LOS CAMBIOS INFLAMATORIOS Y REPETIRLA CITOLOGÍA EN TRES MESES. LAS PACIENTES DEBAJO RIESGO CON ASCUS DEBEN HACERSE CITOLOGÍA NUEVAMENTE DESPUÉS DE TRES A SEIS MESES (NO ANTES)

COLPOSCOPIA
Y BIOPSIA

NORMAL
NIC I
NIC II O NIC III
ENFERMEDAD INVASIVA
LESIONES SIMPLES
LESIONES COMPLEJAS**

- CRIOTERAPIA
- VAPORIZACIÓN LÁSER

- EXCISIÓN (MONOPOLAR, BIPOLAR, RADIOFREC)

BIOPSIA POR CONO

CLASIFICAR Y HACER TRATAMIENTO AVANZADO

SEGUIMIENTO CUIDADOSO:

- CITOLOGÍA CADA TRES MESES DURANTE EL PRIMER AÑO.
- CURETAJE ENDOCERVICAL CADA 6 A 12 MESES DEPENDIENDO DEL COMPROMISO DEL ENDOSÉRVIX.

* NO TIENEN COMPORTAMIENTO DE RIESGO NI ESTÁN INMUNOSUPRIMIDAS.
** INCLUYEN LAS QUE NO SE PUEDEN VISUALIZAR POR COMPLETO O EN LAS QUE HAY SOSPECHA DE ENFERMEDAD INVASIVA

2.3 Definición de mecanismos operativos

- Asesoría, asistencia técnica, evaluación y control desde la dirección seccional a la vigilancia en salud pública del cáncer cervicouterino por las direcciones locales de salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

- Vigilancia sobre el cumplimiento de las Normas Técnicas y las Guías Integrales de Atención del Cáncer cervicouterino en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

- Coordinación con las instituciones formadoras del recurso humano en salud y las asociaciones y sociedades científicas para la capacitación y divulgación de los protocolos de atención del cáncer cervicouterino.

- Búsqueda activa de casos en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a través de la revisión semanal de la remisión de pacientes a ginecología.

- Designación de un coordinador de la Vigilancia en Salud Pública en la dirección local de salud y de vigilancia epidemiológica en cada Institución Prestadora de Servicios de Salud.

- Constitución y funcionamiento de los comités de Vigilancia en Salud Pública municipal.

- Constitución y funcionamiento del comité de vigilancia epidemiológica institucional.

3. PRODUCTO

3.1 Evaluación del impacto

Se analiza con base en los cambios logrados en la situación epidemiológica de la morbimortalidad por cáncer cervicouterino a través de los siguientes indicadores:

- Tendencia de la morbimortalidad por cáncer cervicouterino.

- Incidencia de cáncer cervicouterino.

- Mortalidad por cáncer cervicouterino.

- Distribución del cáncer cervicouterino según lugar de residencia y edad.

- Distribución de la mortalidad por cáncer cervicouterino según lugar de residencia y edad.
- Variación de la letalidad por cáncer cervicouterino.
- Años de vida potenciales perdidos por muerte por cáncer cervicouterino.
- Mapa de riesgo por municipios según coberturas de citología cervicouterina.

3.2. Evaluación del funcionamiento del sistema

Porcentaje de cumplimiento institucional en la notificación

Porcentaje de casos probables con diagnóstico definitivo en el primer mes luego de la notificación

Porcentaje de notificación individual de casos probables frente a los casos notificados mensualmente

Porcentaje de población cubierta con acciones de información y educación en relación con cáncer.

Porcentaje de municipios con el sistema de vigilancia de la salud pública del cáncer funcionando.

Porcentaje de pacientes con cáncer cérvico uterino a las que se les realizó seguimiento.

Porcentaje de pacientes con citología anormal a las que se les realizó seguimiento.