



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD

Guía Clínica

Cáncer Cervicouterino



2005

Citar como:

MINISTERIO DE SALUD. *Guía Clínica Cáncer Cervicouterino 2.* 1st Ed. Santiago: Minsal, 2005.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido con fines de capacitación del Plan de Garantías Explícitas en Salud según Decreto Ley N°170 del 26 Noviembre 2004, publicado en el Diario Oficial (28 Enero 2005).

ISBN

1. GRUPO DE EXPERTOS

Comisión Nacional de Cáncer Cervicouterino (Res. Ex. N° 367, 08.06.99)

Dr. Eugenio Suárez	<i>Coordinador Comisión Nacional de Cáncer Cervicouterino Ministerio de Salud Gineco-Obstetra, Jefe Unidad Oncología Ginecológica Hospital San Borja Arriarán, SSMCentral Profesor Asistente Obstetricia y Ginecología U. de Chile Secretario Gral. Soc. Chilena Obstetricia y Ginecología Director Soc. Chilena Ginecología Oncológica Miembro GOCCHI-Grupo Oncológico Cooperativo Chileno Miembro International Gynecological Cancer Society (USA)</i>
Dr. Iván Rojas	<i>Gineco Obstetra, Jefe Obstetricia y Ginecología, Hospital Dr.Sotero del Río; SSMSO Profesor Auxiliar Facultad de Medicina P. U. Católica de Chile Miembro Soc. Chilena Obstetricia y Ginecología Miembro Soc. Chilena Ginecología Oncológica Miembro Soc. Chilena Patología Cervical</i>
Dr. Patricio Olfos	<i>Radioterapeuta Instituto de Radiomedicina IRAM Profesor Instructor Categoría I de Oncología y Radioterapia, Univ. de Santiago Miembro Soc. Chilena Radioterapia Miembro Soc. Chilena Mastología Miembro GOCCHI-Grupo Oncológico Cooperativo Chileno Miembro Circulo Radioterapeutas Iberolatinoamericano CRILA Miembro International Breast Cancer Study Group, Berna, Suiza Miembro Breast International Group, Bruselas, Bélgica.</i>
Dr. Rodrigo Prado	<i>Médico Citopatólogo, Jefe Laboratorio de Referencia Nacional de Citopatología Prof. Asistente y Director Centro Oncología Preventiva Facultad de Medicina Universidad de Chile Consultor, OMS-OPS para Cáncer Presidente Soc. Chilena Citología</i>
Mat. Marta Prieto	<i>Coordinadora Unidad de Cáncer Ministerio de Salud Encargada Programas Nacionales de Cáncer Cervicouterino y Cáncer de Mama, Ministerio de Salud Magíster en Salud Pública, Epidemiología, U de Chile Diplomada en Gestión y Administración de Servicios de Salud, Facultades de Economía y Medicina U de Chile</i>
Mat. Bernardita Fernández	<i>Encargada del Programa de la Mujer, SSMSur Programas de Cáncer Cervicouterino y de Mama, SSMSur Magíster Salud Pública en Administración, Universidad de Chile</i>
Profesionales que apoyaron a Unidad de Cáncer Minsal:	
Mat. Patricia Fuentes	<i>Encargada Programa Cervicouterino.SSMOc Diplomada en Cuidados Paliativos Gabinete de Asesoramiento y Formación Sociosanitaria España</i>
Mat. Miriam González	<i>Unidad de Cáncer, Ministerio de Salud Magíster Salud Pública U de Chile (P) Diplomada en Gestión y Liderazgo en SS U. Católica</i>

FONASA:

Sr. Nelson Guajardo

Encargado Programas Especiales del Dpto. de Comercialización, FONASA

Subsecretaria de Salud

Dra. Jeanette Casanueva

Subdirectora de Desarrollo y Control de Gestión
Complejo Hospitalario Norte; SSMN
Ex Jefe Depto. Salud de las Personas, Minsal
Magíster(P) en Epidemiología Clínica, UFRO
Diplomado en Gestión de Servicios de Salud, U. De Chile

Dra. Gloria Ramirez

*M.Sc. International Health Management & Development U. Birmingham
Certificate Evidence Based Health Care University of Oxford, U. Kingdom
Medico Especialista en Laboratorio Clínico, Beca U. de Chile / Minsal
Jefe Depto. Enfermedades Crónicas, Subsecretaria de Salud Publica*

2. Glosario de Términos

Comité de Oncología Ginecológica *Grupo multidisciplinario encargado del análisis de casos complejos y toma de decisiones terapéuticas en ellos*

FIGO *Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (clasificación de cáncer por etapa clínica)*

IARC *Asociación Internacional de Registros de Cáncer. Su sede está en Lyon, Francia*

PAP *Exámen de citología exfoliativa con técnica de Papanicolaou*

UPC *Unidad de Patología Cervical*

TAC *Tomografía Axial Computerizada*

3. Índice

1. *Grupo de expertos*
2. *Glosario de términos*
3. *Índice*
4. *Presentación*
5. *Extracto decreto ley garantías explícitas en salud*
6. *Antecedentes*
7. *Magnitud del problema*
8. *Recomendaciones según nivel de evidencia*
9. *Objetivo de la guía clínica*
10. *Criterios de inclusión*
11. *Flujo de atenciones*
12. *Intervenciones recomendadas para confirmación diagnóstica*
13. *Intervenciones recomendadas para etapificación del cáncer invasor*
14. *Intervenciones recomendadas para tratamiento*
15. *Intervenciones recomendadas para seguimiento*
16. *Intervenciones recomendadas para recidiva*
17. *Criterios de Egreso*
18. *Bibliografía*
19. *Anexos:*

anexo 1 : red centros panda

anexo 2 : red centros radioterapia

anexo 3 : consentimiento informado

anexo 4: . Recomendaciones para el Tratamiento de Cáncer Invasor

5. Extracto Decreto Supremo Garantías Explícitas en Salud

CÁNCER CERVICOUTERINO

Definición: El cáncer cervicouterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, que se pueden suceder en etapas de displasia leve, moderada y severa. Evolucionan a cáncer in situ (circunscrito a la superficie epitelial) y/o a cáncer invasor, en que el compromiso traspasa la membrana basal.

Patologías Incorporadas: quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- Cáncer de glándula de Naboth
- Cáncer de glándula endocervical
- Cáncer de la unión escamocolumnar del cuello uterino
- Cáncer del canal cervical
- Cáncer del canal endocervical
- Cáncer del cervix
- Cáncer del cérvix uterino
- Cáncer del cuello uterino
- Cáncer del muñón cervical
- Carcinoma basal adenoide de cuello de útero
- Carcinoma in situ de otras partes especificadas del cuello del útero
- Carcinoma in situ del cuello del útero, parte no especificada
- Carcinoma in situ del endocérvix
- Carcinoma in situ del exocérvix
- Displasia cervical leve
- Displasia cervical moderada
- Displasia cervical severa, no clasificada en otra parte
- Displasia del cuello del útero,
- Neoplasia intraepitelial cervical [NIC]
- Neoplasia intraepitelial cervical [NIC], grado I
- Neoplasia intraepitelial cervical [NIC], grado II
- Neoplasia intraepitelial cervical [NIC], grado III, con o sin mención de displasia severa
- Tumor maligno del cuello del útero, sin otra especificación
- Tumor maligno del endocérvix
- Tumor maligno del exocérvix

a. Acceso:

Toda mujer Beneficiaria

- Con sospecha, tendrá acceso a diagnóstico.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
- Con recidiva, tendrá acceso a diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

b. Oportunidad:

⊖ Diagnóstico

Lesión pre-invasora

- Atención con especialista dentro de 30 días desde la sospecha.
- Confirmación: dentro de 30 días desde la consulta de especialista.

Cáncer Invasor

- Atención con especialista dentro de 20 días desde la sospecha.
- Confirmación: dentro de 20 días desde la consulta de especialista.
- Etapificación: dentro de 15 días desde la confirmación diagnóstica.

⊖ Tratamiento

- Lesión pre-invasora: dentro de 30 días desde confirmación diagnóstica.
- Cáncer invasor: dentro de 20 días desde Etapificación.

θ **Seguimiento**

- Primer control dentro de 30 días de terminado el tratamiento.

c. Protección Financiera:

Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago	
					Copago (%)	Copago (\$)
CANCER CERVICOUTERINO	Diagnóstico	<i>Sospecha Cáncer Cervicouterino</i>	<i>por evento</i>	8,460	20%	1,690
		<i>Confirmación cáncer cervicouterino Pre Invasor</i>	<i>por evento</i>	117,770	20%	23,550
		<i>Confirmación cáncer cervicouterino Invasor</i>	<i>por evento</i>	75,410	20%	15,080
		<i>Etapificación cáncer cervicouterino Invasor</i>	<i>por evento</i>	174,880	20%	34,980
	Tratamiento	<i>Tratamiento cáncer cervicouterino Pre Invasor</i>	<i>por evento</i>	177,550	20%	35,510
		<i>Tratamiento Quirúrgico cáncer cervicouterino Invasor</i>	<i>por evento</i>	945,460	20%	189,090
		<i>Tratamiento Radioterapia cáncer cervicouterino Invasor</i>	<i>por evento</i>	301,910	20%	60,380
		<i>Tratamiento Braquiterapia cáncer cervicouterino Invasor</i>	<i>por evento</i>	156,880	20%	31,380
		<i>Tratamiento Quimioterapia cáncer cervicouterino Invasor</i>	<i>por ciclo semanal (promedio 6 ciclos)</i>	36,540	20%	7,310
	Seguimiento	<i>Seguimiento cáncer cervicouterino Pre Invasor</i>	<i>por evento (máx 3 controles por período 18 meses)</i>	42,710	20%	8,540
		<i>Seguimiento cáncer cervicouterino Invasor</i>	<i>por evento (máx 14 controles por 5 años)</i>	31,760	20%	6,350

6. Antecedentes

El Cáncer Cervicouterino, constituye un importante problema de salud pública en especial en los países en desarrollo. El diagnóstico precoz es la intervención sanitaria mas eficiente y costo-efectiva, con una sobrevivencia a 5 años promedio de 91,5% de los casos de mujeres con cancer localizado y solo un 12,6% de aquellos con invasión a distancia(U.S.Preventive Services Task Force 2003).

En Chile desde 1966, el Ministerio de Salud desarrolló los primeros esfuerzos en prevención del cáncer cervicouterino a través de un convenio con la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y con el apoyo de la OPS/OMS. Esto permitió la implementación progresiva de laboratorios de citología y la capacitación de recursos humanos en los tres niveles de atención. En esos años, la toma del PAP se realizaba anual y focalizada en las mujeres consultantes del Programa Materno-Perinatal en el Nivel Primario.

En 1987, producto de la evaluación de los resultados de esa estrategia, se decidió reformularla y constituir el Programa Nacional Pesquisa y Control del Cáncer Cervicouterino, basado en las recomendaciones de la OPS/OMS y en criterios de eficiencia y costo efectividad. Este programa tuvo como objetivo “Disminuir la tasa de mortalidad e incidencia por cáncer invasor a través de la detección en etapas preinvasoras y tratamientos adecuados y oportunos” (Ministerio Salud Chile 1998).

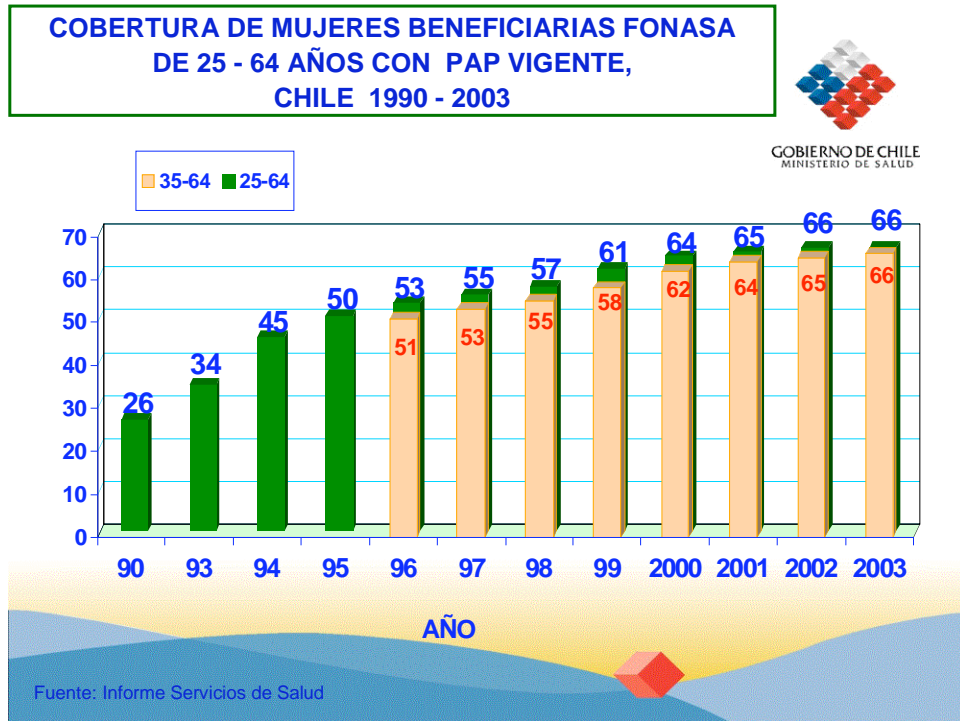
Sus principales estrategias consisten en una organización a nivel nacional y local. La toma del Papanicolaou se realiza cada 3 años y está focalizada en mujeres entre 25 y 64 años (con énfasis en las mayores de 35 años), junto con asegurar la oportunidad y confiabilidad del examen citológico y el tratamiento de los casos detectados. Además, se definieron actividades en los tres niveles de atención que van desde la promoción hasta la paliación y están integradas al Programa de la Mujer y coordinadas con el Programa del Adulto.

Entre 1988 y 1994 estas estrategias se aplicaron a modo de piloto en la Región Metropolitana, una vez comprobado los avances, fueron ampliadas a todo el país.

Las evaluaciones periódicas del Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino, permiten destacar los siguientes avances:

- Funcionamiento desde 1993 de un Laboratorio de Referencia Nacional de Citopatología, producto de un convenio entre la Universidad de Chile, el Instituto de Salud Pública y el Ministerio de Salud. Este es responsable de la acreditación de los 21 laboratorios del Sistema Público de Salud.
- En 1997, el Cáncer Cervicouterino se define como Prioridad Programática país y el tratamiento quirúrgico fue incorporado al Programa de Oportunidad de la Atención de FONASA y el acceso a Radioterapia exclusiva obtuvo cobertura financiera para las mujeres beneficiarias del Sistema Público.
- En 1999, se definió un protocolo para el Tratamiento del Cáncer Invasor, incorporándose la radio-quimioterapia.
- Se cuenta con sistemas de registros computacionales específicos para la evaluación y seguimiento de los indicadores del Programa, así como para los laboratorios de citología.

- La cobertura de PAP vigente en mujeres beneficiarias entre 25 a 64 años ha aumentado de 26% a 66% entre los años 1990 y 2003 respectivamente.



Lo anterior, junto con el compromiso de los equipos de salud involucrados en este Programa Nacional ha producido un descenso sostenido de la mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino, con una tasa de 11,9 en 1990 a 8,0 por 100.000 mujeres en 2002 (Depto Estadísticas Minsal 2005).

7. MAGNITUD DEL PROBLEMA

El Cáncer hoy en el mundo, de acuerdo a informes emitidos por la Organización Mundial de la Salud, presenta una tendencia creciente. Anualmente se producen alrededor de 10 millones de casos nuevos esperándose alrededor de 15 millones para el año 2020 (WHO 2005)

Internacionalmente, las tres primeras causas de muerte por cáncer en mujeres corresponden en orden descendente a cáncer de mama, cáncer de pulmón y cáncer cervicouterino con tasas estandarizadas por edad entre 12,51 y 7,99 por 100.000 mujeres (Asociación Internacional de Registros de Cáncer & IARC 2002)

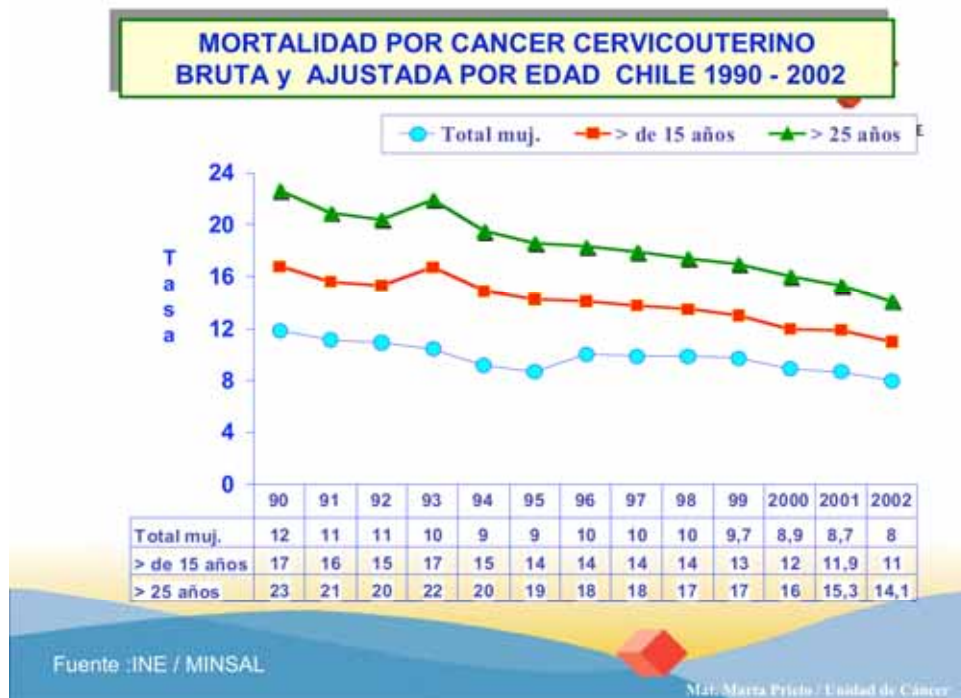
Sin embargo, en los países subdesarrollados el cáncer cervicouterino ocupa el segundo lugar entre las causas de muerte por cáncer en la mujer (PAHO 2002)

Se estima que todos los años se producen unos 466.000 casos nuevos de Cáncer Cervicouterino en las mujeres de todo el mundo. La tasa de incidencia estandarizada por edad refleja una diferencia de más de 7 puntos entre los países desarrollados y los países en desarrollo (Asociación Internacional de Registros de Cáncer & IARC 2002)

Con relación a la mortalidad, la IARC indica que provoca aproximadamente 233.000 muertes de mujeres por año. El 83% de esas muertes ocurren en los países en desarrollo donde los programas de tamizaje no están bien institucionalizados o son muy poco eficaces. Al comparar la tasa ajustada de mortalidad entre estos países, resulta que en los países en desarrollo es 58,3% mayor que en los desarrollados

Las estimaciones de mortalidad obtenidas a través de la GLOBOCAN2000 para la región de América Latina y el Caribe, muestran que las tasas estandarizadas de mortalidad más altas la presenta Haití, seguido de Nicaragua con 26 y Bolivia con 22 por 100.000 mujeres. En total, en estos tres países se estima que se presentan cada año 5.232 nuevos casos de Cáncer Cervicouterino y se producen 2.379 muertes por este cáncer. Por otro lado y de acuerdo a la misma fuente, los países que presentan las tasas estandarizadas de mortalidad más bajas son Puerto Rico con 4,3 seguido de Uruguay y Argentina ambos con tasa de 7,6 por 100.000 mujeres. Chile se ubica en 6º lugar con una tasa estimada para el 2001 de 10,7 por 100.000 mujeres (IARC 2001).

En Chile, el cáncer de cuello uterino constituye un importante problema de salud pública. El año 2002 fallecieron 632 mujeres, ocupando el cuarto lugar entre las muertes por cáncer en la mujer y el primer lugar en la tasa de años de vida potencialmente perdidos con 129 por 100.000 mujeres; produciendo un importante impacto social y económico, ya que afecta a mujeres relativamente jóvenes y en edad productiva (AVPP 15,628)(Depto Epidemiología Ministerio de Salud 2005). Al comparar la tasa de mortalidad entre los años 1990 y 2002 en mujeres mayores de 25 años, grupo objetivo del Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino, se observa un descenso de un 38,8%, como se observa en el siguiente gráfico (Ministerio de Salud de Chile, Departamento de Estadísticas e Información de Salud-Unidad de Cáncer. 2005).



La mortalidad en mujeres menores de 25 años es prácticamente inexistente, el ascenso se produce a partir de los 35 años, aumentando progresivamente.

La incidencia en Chile, se estima sobre la base de notificaciones de los casos producidos sólo en el Sistema Público de Salud. Estos registros permiten indicar que en el año 2003 se produjeron 1.100 casos nuevos, alcanzando una tasa de 18,7 por 100,000 mujeres >15 de años (Minsal 2003).

8. Recomendaciones según nivel de Evidencia

Los profesionales sanitarios, enfrentados cada vez mas a un trabajo en equipos multidisciplinarios, con competencias en continuo desarrollo, requieren mantener su razón de ser. Esto es, otorgar una atención de salud cuyos resultados, en las personas y la organización, generen beneficios por sobre los riesgos de una determinada intervención.

Así mismo, el sistema sanitario se beneficia en su conjunto cuando además esas decisiones se realizan de acuerdo a las buenas practicas, basadas en la mejor evidencia disponible, identificando las intervenciones mas efectivas y en lo posible las mas costo / efectivas (no necesariamente equivalente a lo de “menor costo”), pero una intervención poco efectiva suele ser tanto o mas costosa y cuyo resultado en la calidad de vida o sobrevida de las personas es deletéreo.

(Field MJ & Lohr KN 1992)definen una Guía Clínica como un reporte desarrollado sistemáticamente para apoyar tanto las decisiones clínicas como la de los pacientes, en circunstancias específicas”. Así, estas pueden mejorar el conocimiento de los profesionales entregando información y recomendaciones acerca de prestaciones apropiadas en todos los aspectos de la gestión de la atención de pacientes: tamizaje y prevención, diagnostico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y atención del enfermo terminal(Lohr KN 2004).

El Ministerio de Salud ha elaborado una estrategia participativa que incluyo la elaboración de revisiones sistemáticas por parte de universidades a través de un concurso publico y/o revisiones sistemáticas rápidas, focalizadas en identificar evidencia de guías clínicas seleccionadas de acuerdo a criterios de la AGREE Collaboration (Appraisal of Guideline Research & Evaluation)(2001).

Las recomendaciones se han analizado en su validación externa(generalización de resultados) mediante el trabajo colaborativo de un grupo de expertos provenientes de establecimientos de la red publica, sociedades científicas, comisiones nacionales, del mundo académico y sector privado.

Tablas 2: Grados de Evidencia(Wright TC Jr et al. 2003)

Grados Evidencia	Tipo de Diseño de investigación
I	Evidencia obtenida de al menos un estudio randomizado controlado
II	Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado no randomizado, de cohorte o estudio analítico caso- control (preferiblemente de mas de un centro) o de estudios de series o resultados notables de experimentos no controlados
III	Evidencia obtenida de opinión de expertos basada en experiencia clinica, estudios descriptivos, o reportes de Comité de expertos.

Tabla 3: Niveles de Recomendación de la Guía Clínica(Wright TC Jr, Cox JT, Massad LS, Carlson J, Twiggs LB, & Wilkinson EJ2003)

Grado	Fortaleza de las Recomendaciones
A	Recomendación con evidencia adecuada de eficacia y beneficio clinico
B	Recomendación con evidencia moderada para su eficacia o solo con beneficio clinico
C	Evidencia insuficiente para recomendar a favor o en contra sobre su eficacia pero la recomendación se realiza sobre otra base. (ej. prioridad sanitaria)
D	Evidencia moderada para ausencia de eficacia o por resultados adversos hacen NO recomendable esta intervención
E	Evidencia adecuada de falta de eficacia o debido a efectos adversos hacen NO recomendable esta intervención.

Tabla 4:Revisión sistemática de Guías Clínicas

Cancer Cervicouterino

1. Elaboración de Preguntas específicas: Paciente/ Problema/ Población-Intervención-Comparación- Indicadores de Resultados (Outcomes).
2. Fuentes de datos secundarias:
 - a. Agency for Health Research & Quality (AHRQ), NIH USA: www.guideline.gov
 - b. Agency for Health Research & Quality (AHRQ), NIH USA: <http://www.ahrq.gov>
 - c. The Cochrane Collaboration (international), <http://www.cochrane.org/>
 - d. Canadian Task Force on Preventive Health Care (Canada), <http://www.ctfphc.org/>.
 - e. National Coordination Centre for Health Technology Assessment (U.K.), <http://www.nchta.org>
 - f. International Network of Health Technology assessment (www.inahta.org)
 - g. Centre for Evidence Based Medicine, Oxford University (U.K.), <http://cebm.jr2.ox.ac.uk/>;
3. Periodo: 2000 a la fecha
4. Criterios de Inclusión: guía clínica, cancer cervicouterino, screening, diagnostico, tratamiento.
5. Instrumento de evaluación: EVALUACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA AGREE (2001)

9. Objetivo de la Guía Clínica

La guía ha sido realizada para apoyar la función clínica de los Profesionales de la Salud así como para quienes realizan la Gestión Programática del Cáncer Cervicouterino, orientando el diagnóstico precoz, y tratamiento oportuno y seguimiento de la neoplasia intra epitelial y cáncer cervicouterino en la población objetivo con el fin de lograr la reducción de la mortalidad asociada y una mejor calidad de vida de las personas que lo padecen.

10. Criterios de Inclusión de población objetivo

Toda mujer con citología cervical positiva o sospecha clínica de cáncer Cervicouterino (ver tabla 1)

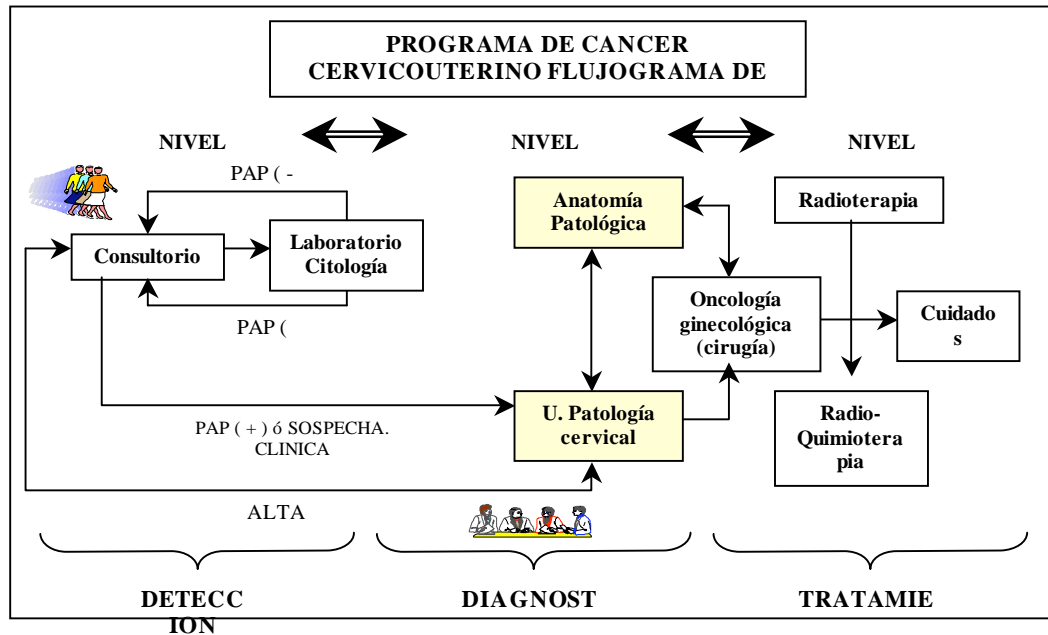
Tabla N°1: Definición de PAP Positivo y Sospecha Clínica: (Wright T Jr et al. 2003)
<p>Definición de PAP Positivo</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>PAP sugerente de Cáncer Invasor</i>• <i>PAP sugerente de neoplasia intraepitelial I, II, III o Cáncer In Situ</i>• <i>Primer PAP Atípico</i><ul style="list-style-type: none">a) <i>sugerente de lesión de Alto Grado y</i>b) <i>PAP Atípico Glandular</i>• <i>Segundo PAP informado igual o mayor a PAP Atípico Inespecífico</i>
<p>Definición de Sospecha Clínica</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Visualización a la especuloscopia de una lesión exocervical proliferativa, sangrante y/o friable.</i>

Debido a que el sistema informático requiere que al momento del llenado de las interconsulta de derivación a la UPC, se clasifique en Cáncer Preinvasor ó Cáncer Invasor; se recomienda que sólo los casos con informe citológico “sugerente de cáncer invasor y las sospechas clínicas de cáncer, sean enviadas como “CANCER INVASOR”. El resto de los informes citológicos, definidos en la Tabla N° 1, deben ser derivados como PREINVASOR.

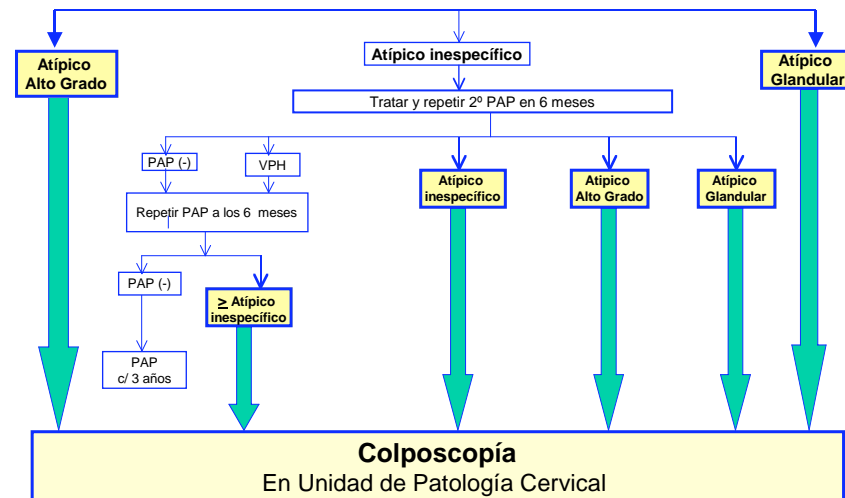
11.- FLUJO DE ATENCIONES

Las actividades principales a realizar incluyen la Detección, Diagnóstico, Tratamiento y están definidas según niveles de atención y su interrelación debe conformar un flujo continuo.

ALGORITMO DE RED DE ATENCION



ALGORITMO DE DERIVACION A LA U.P.C. DEL PRIMER PAP ATIPICO, SEGÚN CLASIFICACION BETHESDA 2001 *



(* = Adaptación, basada en la publicación JAMA 2002; 287: 2120-9: "Consensus Guidelines for the management of Woman With Cervical Cytological Abnormalities".

12. INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA

La confirmación diagnóstica se realiza en el Nivel Secundario de atención (Unidad de Patología Cervical y Servicio Anatomía Patológica), o con médico especialista capacitado en Patología Cervical, de preferencia, gineco-oncólogo.

Las actividades a realizar son:

- ♣ Evaluación Clínica y Procedimientos Diagnósticos.
- ♣ Tratamientos Ambulatorios de Lesiones Preinvasoras.
- ♣ Seguimiento de Casos.
- ♣ Educación individual

La evaluación y procedimientos de confirmación diagnóstica, tratamientos ambulatorios y seguimiento de los casos tratados, se realizan en la Unidad de Patología Cervical (UPC). Esta Unidad debe estar adscrita a un Servicio de Ginecología y debe contar con los recursos necesarios tanto humanos, de infraestructura como de sistema de registros.

La atención debe realizarla un médico ginecólogo colposcopista experimentado y adscrito a un sistema de capacitación continua y por una matrona capacitada..

Las mujeres que cumplan con los criterios de sospecha de cáncer cervicouterino, ingresarán a estudio diagnóstico por especialista (Gineco-obstetra o Gineco-oncólogo), realizándose las siguientes intervenciones:

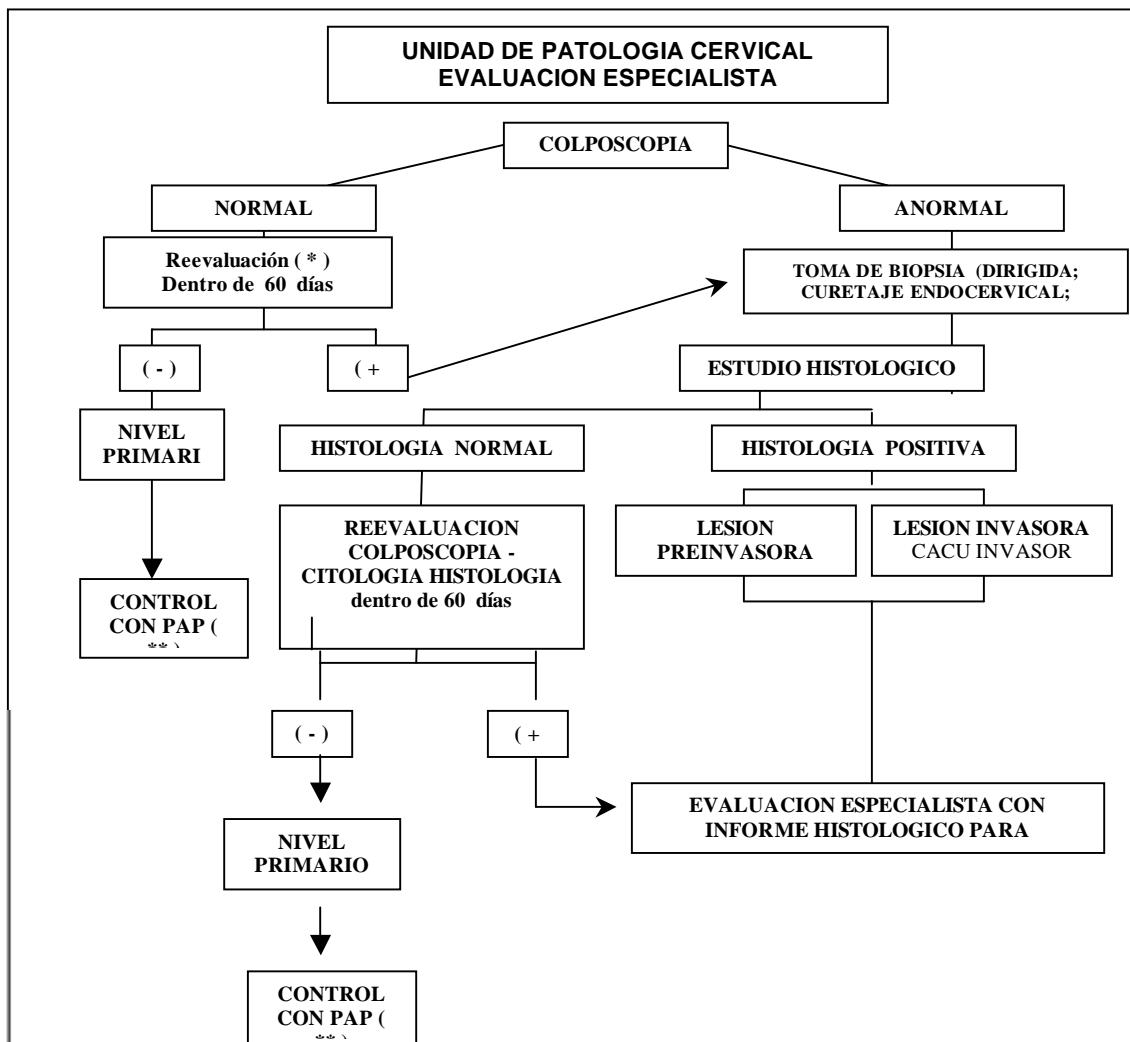
Colposcopia: Es el primer procedimiento para confirmación diagnóstica, debe efectuarlo un médico Colposcopista capacitado, a todas las pacientes excepto aquellas con lesión macroscópica evidente (**Recomendación A**) (Wright T et al. 2002).

Biopsia Exo y/o endocervical: de acuerdo a hallazgos del examen colposcópico y criterio médico.

Conización Cervical: De acuerdo a las recomendaciones, en casos de disociación colpocitohistológica, ante sospecha colpo y/o histológica de micro invasión.

Puede ser ambulatoria u hospitalizada, según las condiciones de la paciente. (Ministerio Salud Chile 1998)

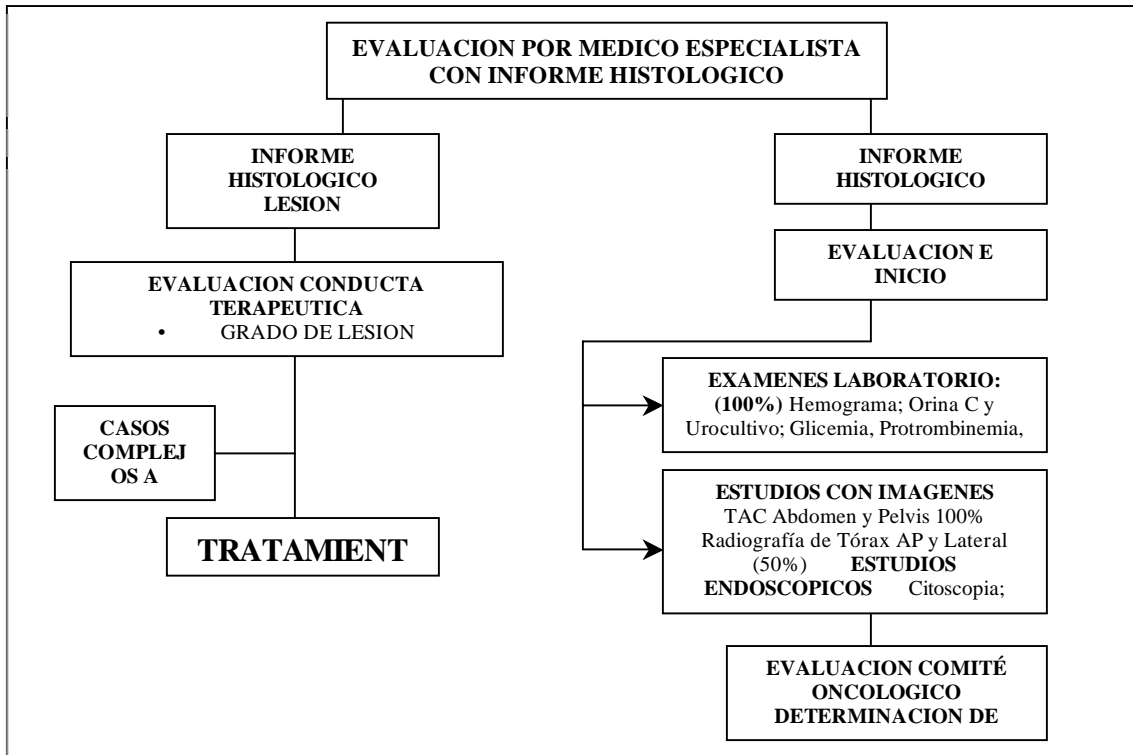
ALGORITMO DE CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA



(*) = La reevaluación consiste en repetir los procedimientos previos (mínimo PAP y Colposcopia, la histología se realizará según hallazgos)

(**) = Si la citología cervical (PAP) que originó la derivación a la Unidad de Patología Cervical, fue un PAP \geq a Alto Grado: realizar control con PAP a los 6 meses, si el resultado es Normal seguir con control cada 3 años. Si el (PAP) que originó la derivación a la Unidad de Patología Cervical, fue un PAP < Alto Grado: realizar control con PAP cada 3 años.

ALGORITMO DE CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA (cont)



En cualquier momento del proceso diagnóstico-terapéutico, de acuerdo a resultados de histología, la paciente puede cambiar de lesión preinvasora a invasora o viceversa. Cuando esto ocurra, se debe aplicar el algoritmo terapéutico y las garantías que correspondan al diagnóstico definitivo.

13. INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA ETAPIFICACIÓN DEL CÁNCER

Las prestaciones relacionadas con el estudio de Etapificación, además del estudio de rutina (hemograma, glicemia, protrombinemia, creatininemia, urocultivo, orina completa, ECG) , incluye(ver Anexo 4):

- TAC de pelvis y abdomen en todos los casos
- Cistoscopia, rectoscopia de acuerdo a riesgo de diseminación
- Radiografía de tórax, de acuerdo a riesgo de diseminación
- Evaluación por Comité Oncología Ginecológica
- Evaluación adicional de acuerdo al riesgo y/o patología agregada

Una vez establecido el diagnóstico histológico y la etapificación, la paciente debe continuar su atención en la red y/o ser referida para su resolución terapéutica de acuerdo a la red de derivación disponible

14. INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA TRATAMIENTO

Definición de caso: Mujer con informe histológico positivo para Cáncer Cervicouterino, o neoplasia intra-epitelial emitido por médico anatomopatólogo, o condiciones especiales definidas por Comité de Oncología Ginecológica.

TRATAMIENTO CASOS CONFIRMADOS

Los componentes básicos en el Nivel Terciario de Atención son: Unidades de Ginecología Oncológica, Servicio de Imagenología, Servicio de Pabellones Quirúrgicos, Hematología y los Centros de Quimioterapia y Radioterapia.

El estadio clínico y el manejo terapéutico del Cáncer Invasor, deben ser determinados en un Comité Oncológico (equipo multidisciplinario), integrado al menos por 2 Médicos Gineco-Oncólogo o de la UPC y Matrona Encargada UPC Se recomienda incorporar la opinión de un Radioterapeuta y un Quimioterapeuta. Además, de ser necesario, considerar la opinión de otro profesional, según caso clínico (ej Anatomopatólogo).

Las conductas especiales en el tratamiento de algunas lesiones preinvasoras, por factores asociados (conservación de fertilidad, primiparidad, nuliparidad), también deben ser determinadas en reunión de Comité Oncológico.

INTERVENCIONES RECOMENDADAS EN LESIONES PREINVASORAS

La elección del tipo de tratamiento para las lesiones preinvasoras deberá ser determinado por el criterio clínico del especialista, de acuerdo a la experiencia, los recursos, y la validación clínica de la paciente individual **(Wright TC Jr, Cox JT, Massad LS, Carlson J, Twiggs LB, & Wilkinson EJ2003) (30) (Recomendación A)**

- Críocoagulación **(Recomendación A)**
- Diatermocoagulación
- Conización en frío
- Conización Asa LEEP(loop electrosurgical excisional procedure) **(Recomendación A)**
- Ablación con Láser **(Recomendación A)**

- Histerectomía está indicada en los siguientes casos:
 - a. Casos en los que anatómicamente, no se pueda realizar una conización.
 - b. Aquellos casos con otra patología asociada, que requiera una histerectomía
 - c. En casos de recidiva de una lesión de alto grado

Las pacientes con **biopsia positiva confirmada para NIE- I** en quienes se decida solo seguimiento, deberán tener control citocolposcópico a los 12 meses. Si este es negativo deberá seguir control en APS (Recomendación A).

Se recomienda muestra endocervical antes de ablación de NIE-1 **(Recomendación A)**

El seguimiento de una colposcopia alterada sugerente de NIE sin intervención con ablación o escisión, esta recomendado en el caso de pacientes embarazadas, . **(Recomendación C)**

Son intervenciones no recomendadas:

- Los procedimientos por ablación en pacientes con legrado de conducto cervical positivo para NIE-I y/o una colposcopia insatisfactoria **(Recomendación E)**
- Uso de podofilino o sus derivados en vagina o cervix **(Recomendación E).**
- La histerectomía como intervención primaria y principal en NIE-I confirmado **(Recomendación E).**

INTERVENCIONES RECOMENDADAS EN LESIONES PRE INVASORAS DE ALTO GRADO:

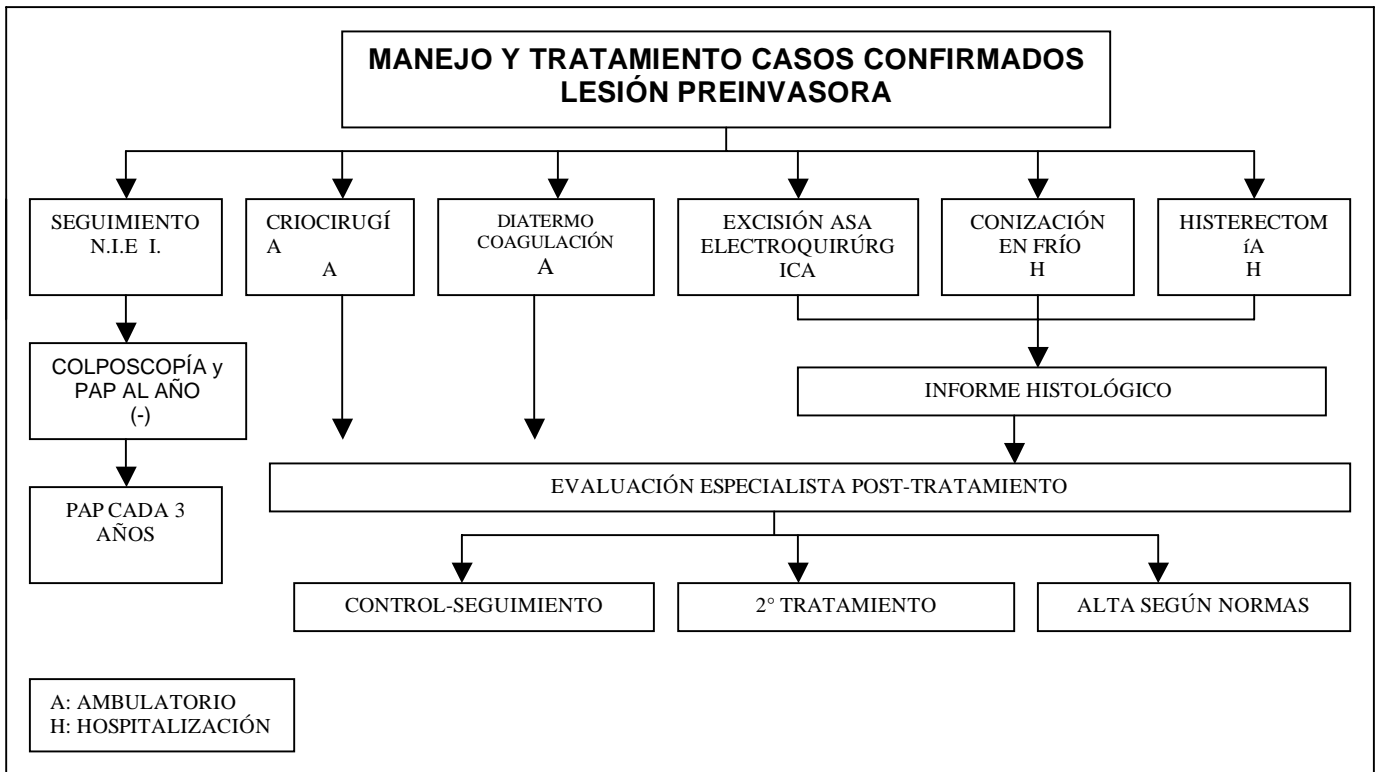
La toma de decisión en mujeres con biopsia confirmada NIE II o III esta determinada por la colposcopia, según sea satisfactoria o insatisfactoria:

- **Conización o ablación:** NIE II o III con Colposcopia satisfactoria **(Recomendación A)**.
- En pacientes recurrentes NIE-II o III, de preferencia conización **(Recomendación A)**
- Conización diagnostica en caso de biopsia confirmada NIE II o III con colposcopia insatisfactoria**(Recomendación A)**

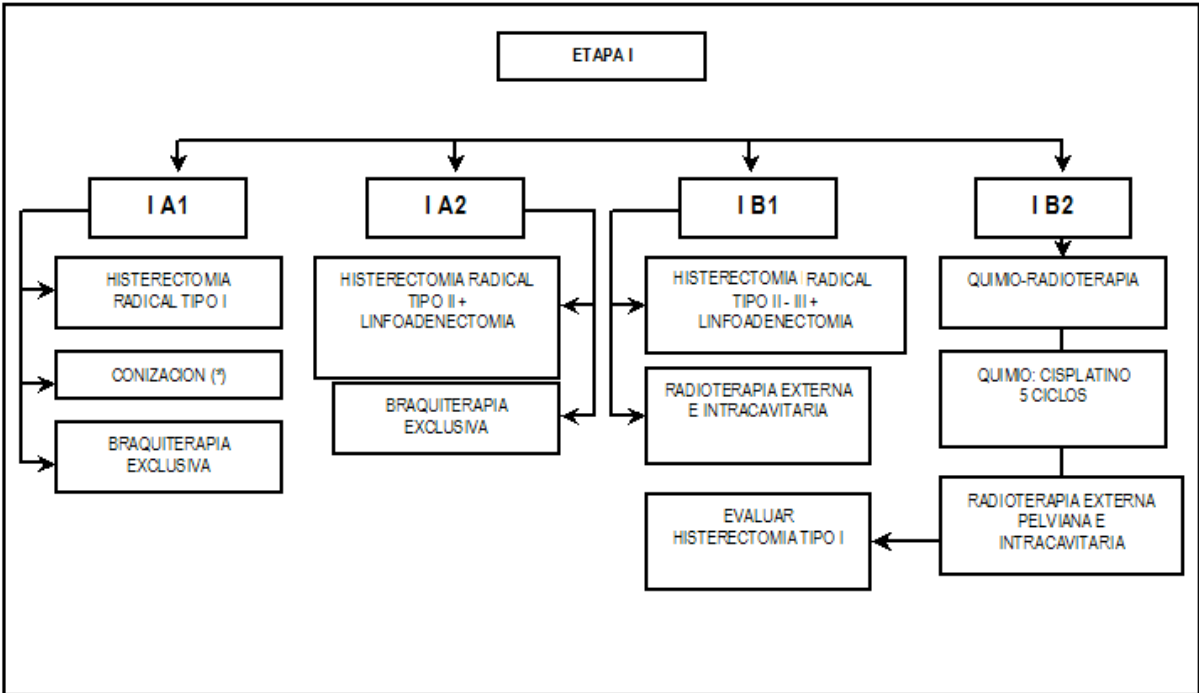
En caso de disociación citocolpohistologica, el procedimiento indicado es la conización.**(Recomendación A)**

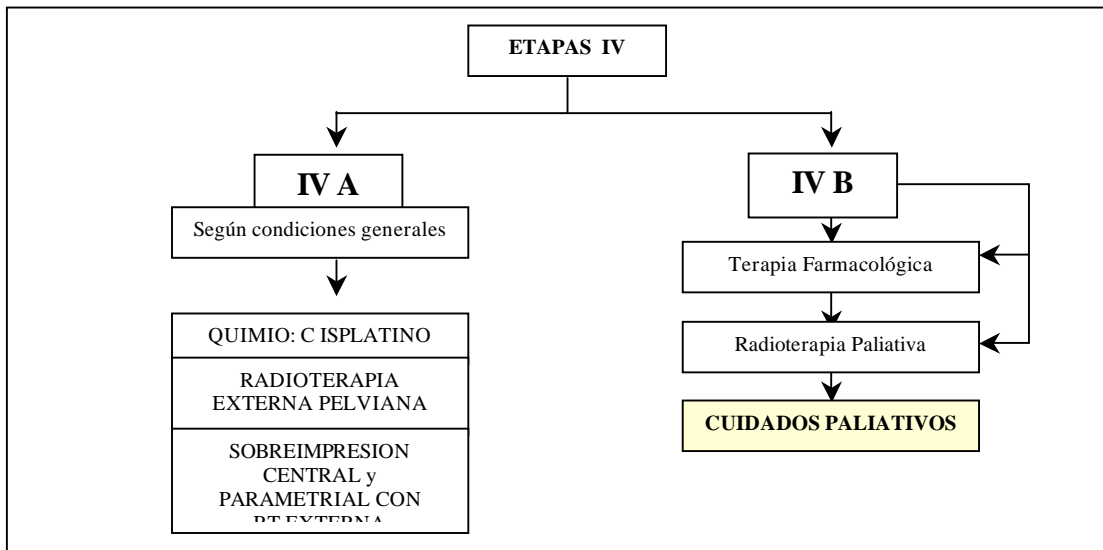
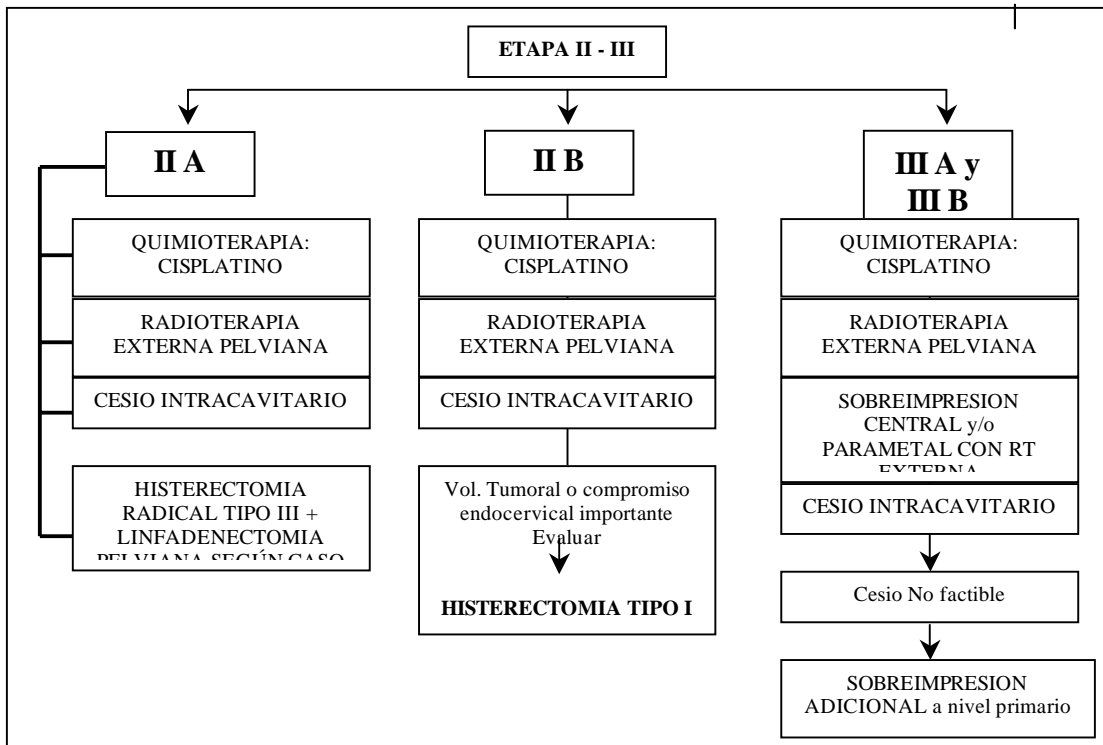
INTERVENCIONES RECOMENDADAS EN LESIONES INVASORAS:

- **Conización**, está indicada en los siguientes condiciones (2) (11):
 - a. Casos etapificados como FIGO I A1, que desean preservar fertilidad (esta indicación debe ser discutida en el comité de Oncología ginecológica).
- **Histerectomía radical** (3) (8) (9) (10) (11) **(Recomendación A)**
- **Linfadenectomía pélvica** **(Recomendación A)**
- **Radioterapia externa** con o sin quimioterapia concomitante(33) **Recomendación A**
- **Radioterapia intracavitaria** (12) (13) (17)(28) (29) (31)



**MANEJO Y TRATAMIENTO DE CASOS CONFIRMADOS DE LESIONES
INVASORAS
ETAPAS I – II – III - IV**





15. INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA SEGUIMIENTO

La atención debe ser realizada por Médico Ginecólogo Colposcopista o Gineco Oncólogo y Matrona capacitados.

Las siguientes intervenciones deben ser realizadas de acuerdo a la evaluación clínica, según corresponda a cáncer preinvasor o invasor

Intervenciones recomendadas para seguimiento de Cáncer Preinvasor:

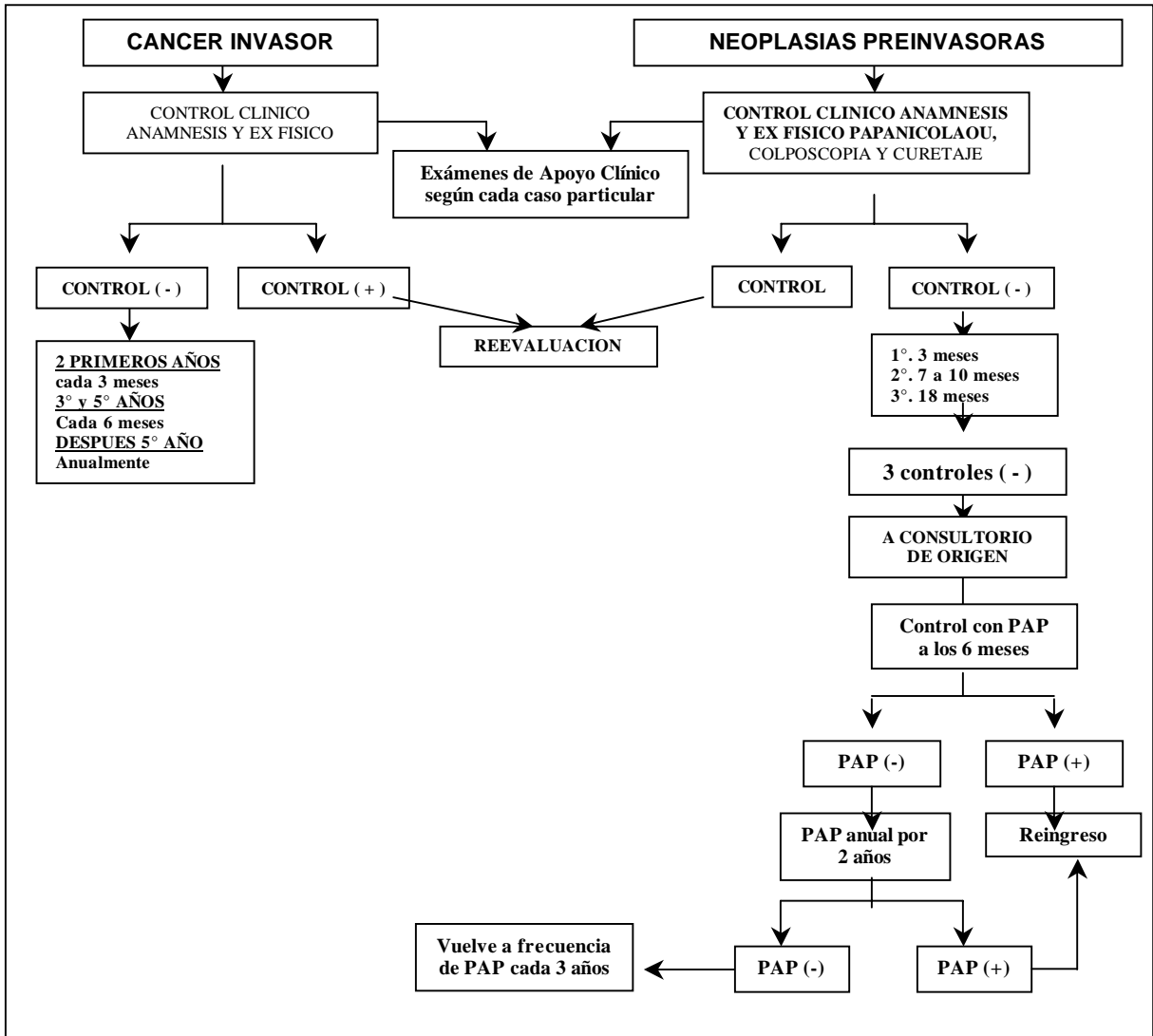
- } Control Clínico y examen físico
- } Educación individual
- } Papanicolaou
- } Colposcopia
- } Curetaje endocervical, biopsia exocervical, en caso de sospecha de recidiva.
- } Biopsia
- } Exámenes de apoyo cuando se requiera

Intervenciones recomendadas para seguimiento de Cáncer Invasor:

- } Control Clínico y examen físico
- } Educación individual
- } Papanicolaou
- } Colposcopia
- } Curetaje endocervical, biopsia exocervical, en caso de sospecha de recidiva.
- } Biopsia
- } Exámenes de apoyo cuando se requiera
- } TAC
- } Apoyo psicoterapéutico

Los casos tratados por cáncer invasor, deben continuar en seguimiento por Gineco-oncólogo o Ginecólogo Colposcopista. En caso de una neoplasia preinvasora, continuarán con su control (seguimiento) en APS, siendo derivados con una epicrisis e indicación de frecuencia de PAP.

ALGORITMO DE SEGUIMIENTO



16. INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA RECIDIVA

En Lesiones Preinvasoras

Definición:

Se considerará como recidiva la ocurrencia de diagnóstico histopatológico de NIE o Cáncer in situ en el plazo de 18 meses desde la realización del tratamiento, después de este plazo se considera como caso nuevo.

La ocurrencia de diagnóstico histológico de carcinoma invasor luego de tratamiento por NIE o CIS debe considerarse como caso nuevo de cáncer invasor.

De acuerdo a la literatura se estima un 10% promedio de recidiva luego de tratamiento por NIE o CIS, la mayoría en los casos de NIE II – III – CIS. El 90% de las recidivas ocurre en los primeros 12 meses (Bigrigg A. et al. 1996)

Tratamiento:

Dependerá del diagnóstico histológico, deberá procederse de igual manera que frente a un nuevo caso, siguiendo los mismos algoritmos y procedimientos. Consideración especial debe tenerse con modificaciones anatómicas y antecedentes de la paciente. Ej. Paciente con conización previa, puede no ser factible reconización y requiera histerectomía. Debe prestarse especial atención y considerar deseo de fertilidad en la mujer.

En todos los procedimientos y tratamientos debe constar la entrega de información a la paciente cuando exista más de una alternativa terapéutica, debe ser explicado en forma precisa, clara y constar la voluntad de la paciente por escrito (consentimiento informado).

CÁNCER DE CUELLO UTERINO INVASOR: RECIDIVA POST TRATAMIENTO

Definición:

Es la reaparición del mismo tumor primario (criterio histopatológico y/o clínico) luego de obtener una respuesta clínica completa post tratamiento.

Se estima que el 80% aproximadamente de la recidiva en Cáncer Cervicouterino invasor se producen en los primeros 24 meses (39).

La recidiva en este tipo de patología presenta un particular problema: en su gran mayoría es local o loco-regional, y lo habitual es que la detección se haga por sintomatología. Esto hace plantear que el diagnóstico de recidiva, no es un diagnóstico precoz.

Se carece de estudios randomizados que hayan evaluado este problema, sin embargo esto no descarta que puedan existir opciones terapéuticas en situaciones individuales (38) (41).

Para poder enfrentar este problema es necesario tipificar la recidiva, de acuerdo a la situación anatómica específica. Estas pueden ser:

- a) Local
- b) Regional (linfática)
- c) a distancia
- d) combinación

En la actualidad no se dispone de tratamiento efectivo para la enfermedad diseminada en esta neoplasia, por lo que para las situaciones c) y d), la única opción es paliación (**Recomendación A, II a**).

En el tratamiento local de la falla loco-regional, la elección de tratamiento está condicionada fuertemente por el tratamiento inicial del tumor primario. Si este ha sido quirúrgico, radioterapia es la primera opción, y dados los resultados obtenidos recientemente, este tratamiento se combina con quimioterapia en base a Cis platino. (41)

Si el tratamiento inicial ha sido radioterapia, la elección terapéutica es el rescate quirúrgico. Las condiciones para plantear un rescate quirúrgico deben ser cuidadosamente evaluadas por un equipo multidisciplinario (**Recomendación B,IIA**).

En situaciones en que la cirugía no es planteable, o luego de la resección, los hallazgos anatomopatológicos sugieren que hay alta probabilidad de una nueva recidiva, se puede considerar re-irradiación (39)(40).

Una situación también especial, la constituye la falla aislada en ganglios para-aórticos, situación infrecuente pero que existe. En este caso, los mejores resultados reportados han sido usando una combinación de radio-quimioterapia con Cis Platino (43).

Hay que tener presente que con frecuencia en el acto quirúrgico se encuentra una extensión tumoral mayor que la estimada en forma pre-operatoria y la resección no es posible.(44) En forma similar al plantear rescate con radio-quimioterapia, que requiere de buena función renal, esto no es posible ya que dada la ubicación de la lesión recurrente, puede haber producido algún grado de obstrucción ureteral y/o invasión vesical, que impiden el uso de Cis-platino. En esta situación se podría considerar el uso de alternativas como Carbo-Platino.

17. CRITERIOS DE EGRESO

(CIERRE DEL CASO EN EL SISTEMA INFORMATICO)

- Traslado a otro Servicio de Salud o al Extrasistema a solicitud de la paciente o familia
- Rechazo expreso a atención, exámenes, procedimientos y/o tratamiento
- Abandono de tratamiento: Se refiere al evento cuando la paciente o un familiar responsable expresa por escrito la voluntad de no continuar recibiendo las prestaciones contempladas en el proceso.
- Fallecimiento
- Inasistencia: Se considerará la no presentación a la citación previamente establecida. Esta es causal de pérdida de la garantía de oportunidad en ese tramo del proceso.

Si la paciente vuelve en un plazo superior a los 3 meses, se considerará un reingreso y tendrá derecho a todas las garantías correspondientes.

18.1 Bibliografía General

- 2001, EVALUACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA:, Osteba, Dpto. de Sanidad del Gobierno Vasco AGREE Instrument Spanish version, London.

Ref ID: 4

- Asociación Internacional de Registros de Cáncer & IARC 2002, Cancer Incidence in five Continents, IARC, Lyon, VIII.

Ref ID: 9

- Bigrigg A.et al. 1996, "Efficacy and Safety of large leep excision of the transformation zone en Cervical Cancer and Preinvasor Neoplasia," Lippincott, Raven, pp. 136-141.

Ref ID: 16

- Depto Epidemiología Ministerio de Salud. Depto Epidemiología Ministerio de Salud, Analisis de AVISA. <http://epi.minsal.cl/epi/html/frames/frame6.htm> . 2005.

Ref Type: Electronic Citation

Ref ID: 12

- Depto Estadísticas Minsal. Mortalidad por tumor maligno del cuello uterino, CHILE 1990-2002. Departamento de Información y Estadísticas Ministerio de Salud de Chile . 2005.

Ref Type: Electronic Citation

Ref ID: 7

- Field MJ & Lohr KN 1992, Guideline for Clinical Practice: from development to use, National Academy Press, Washington DC.

Ref ID: 1

- IARC 2001, GLOBOCAN 2000 Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide 1.0.

Ref ID: 11

- Lohr KN 2004, "Rating the strength of scientific evidence: relevance for quality improvement programs", International Journal for Quality in Health Care, vol. 16, pp. 9-18.

Ref ID: 2

- Ministerio Salud Chile 1998, Orientaciones para pesquisa y control del cáncer cérvicouterino, Ministerio de Salud, Santiago.

Ref ID: 17

- Minsal 2003, Registro Notificación Unidad de Cáncer Minsal.

Ref ID: 13

- PAHO 2002, "Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cervicouterino", PAHO, Washington, 3.

Ref ID: 10

- U.S.Preventive Services Task Force 2003, "Screening for cervical cancer: recommendations and rationale.", Am Fam Physician, vol. 67, no. 8, pp. 1759-1766.

Ref ID: 6

- WHO 2005, World Cancer Report.

Ref ID: 8

- Wright T, Cox J, Massad L, & et al 2002, "2001 Consensus Guidelines for the Management of women with cervical cytological abnormalities", JAMA, vol. 287, no. 16, pp. 2114-2140.

Ref ID: 1

- Wright TC Jr, Cox JT, Massad LS, Carlson J, Twigg LB, & Wilkinson EJ 2003, "2001 consensus guidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasia.", Am J Obstet Gynecol, vol. 189, no. 1, pp. 295-304.

Ref ID: 15

18.2 Bibliografía Tratamiento

1. INE-MINSAL, 2000

2. Ministerio Salud Chile. Orientaciones para pesquisa y control del cáncer cérvico uterino.1998.

3. Delgado G, Bundy B, Zaino R, et al.: Prospective surgical-pathological study of disease-free interval in patients with stage IB squamous cell carcinoma of the cervix: a Gynecologic Oncology Group study. Gynecologic Oncology 38(3): 352-357, 1990.

4. Zaino RJ, Ward S, Delgado G, et al.: Histopathologic predictors of the behavior of surgically treated stage IB squamous cell carcinoma of the cervix. *Cancer* 69(7): 1750-1758, 1992.
5. Burghardt E, Baltzer J, Tulusan AH, et al.: Results of surgical treatment of 1028 cervical cancers studied with volumetry. *Cancer* 70(3): 648-655, 1992.
6. Stehman FB, Bundy BN, DiSaia PJ, et al.: Carcinoma of the cervix treated with radiation therapy I: A multivariate analysis of prognostic variables in the Gynecologic Oncology Group. *Cancer* 67(11): 2776-2785, 1991.
7. Steren A, Nguyen HN, Averette HE, et al.: Radical hysterectomy for stage IB adenocarcinoma of the cervix: the University of Miami experience. *Gynecologic Oncology* 48(3): 355-359, 1993.
8. Sevin BU, Nadji M, Averette HE, et al.: Microinvasive carcinoma of the cervix. *Cancer* 70(8): 2121-2128, 1992.
9. Jones WB, Mercer GO, Lewis JL, et al.: Early invasive carcinoma of the cervix. *Gynecologic Oncology* 51(1): 26-32, 1993
10. Creasman WT, Zaino RJ, Major FJ, et al.: Early invasive carcinoma of the cervix (3 to 5 mm invasion): risk factors and prognosis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 178(1, Part 1): 62-65, 1998.
11. NIH Consensus Statement. *Cervical Cancer*. 1996; 14,1
12. Grigsby PW, Perez CA: Radiotherapy alone for medically inoperable carcinoma of the cervix: stage IA and carcinoma in situ. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics* 21(2): 375-378, 1991.
13. Perez AC and Brady WL. *Principles and Practice of radiation oncology*. Second edition, J.B.Lippincott Company. 1164,1992.
14. National Cancer Institute: *Concurrent chemoradiation for cervical cancer*: February 1999.
15. Keys HM, et al. Cisplatin, radiation, and adjuvant hysterectomy compared with radiation and adjuvant hysterectomy for bulky stage IB cervical carcinoma. *N.Engl.J.Med.* 1999; 340:1154-61.
16. Rose PG, et al. Concurrent cisplatin based radiotherapy and chemotherapy for locally advanced cervical cancer. *N.Engl.J.Med.* 1999; 340:1144-53
17. Hoskins W.J, et al. *Principles and practice of gynecologic oncology*. Second edition, Lippincott – Raven. 804,1996
18. Piver M.S., et al.: Prognostic significance of cervical lesion size and pelvic node metastasis in cervical carcinoma. *Obstet. Ginecol.* 46: 507-510, 1975.
19. Hoskins W.J, et al. *Principles and practice of gynecologic oncology*. Second edition, Lippincott – Raven. 802,1996.
20. Hoskins W.J, et al. *Principles and practice of gynecologic oncology*. Second edition, Lippincott – Raven. 846,1996.
21. Baeza R, Olfos P, Suárez E. Resultados terapias combinadas en cáncer de cuello uterino de gran volumen. *Congreso Chil. Obstet. Ginecol.* 199

- 22.** Rubin S. Hoskins W. Cervical cancer and preinvasive neoplasia. Lippincott – Raven. 189,1996.
- 23.** Rotman L. et al. Prophylactic irradiation of the para-aortic nodes in stage IIB and bulky stages IB and IIA carcinoma of the cervix: initial treatment result RTOG 7920. *Int.J.Radiat.Oncol.Biol.Phys.* 1990; 19: 513-21.
- 24.** Rotman L. Et al. Progress reports on the prophylactic irradiation of the para-aortic nodes in stage IIB and bulky stages IB and IIA carcinoma of the cervix: 10-years result of RTOG 7920. *Jama* 1995; 274: 387-95.
- 25.** Landoni F. et al. Randomised study of radical surgery versus radiotherapy for stage IB-IIA cervical cancer. *Lancet* 1997,350: 535-40.
- 26.** ICRU (1993). International Commission on radiation units and measurements. Prescribing, recording and reporting photon beam therapy. ICRU Report 50.
- 27.** Perez AC and Brady WL. Principles and Practice of radiation oncology. Second edition, J.B.Lippincott Company. 934,1992
- 28.** Perez AC and Brady WL. Principles and Practice of radiation oncology. Second edition, J.B.Lippincott Company. 919,1992
- 29.** Fletcher,G.H., Textbook of Radiotherapy. Third edition. 720, 1980
- 30.** De Vito V ; Helman S ; Rosemberg S. Special Issue on cervical cancer. *The cancer Journal* Vol: 9 (5). Octubre 2003
- 31.** Brickner, T.J. Patterns of care study newsletter. Carcinoma of the cervix. American College of Radiology. 1990-91.
- 32.** Annual Report on the Results of Treatment in Gynaecological Cancer. *Journal of Epidemiology and Biostatistics.* 1998; 3,1
- 33.** Haie C, Pejovic MH, Gerbaulet A et al. Is prophylactic para-aortic irradiation worthwhile in the treatment of advanced cervical carcinoma? Results of controlled clinical trial of the EORTC radiotherapy group. *Radiother. Oncol.* 1988; 11:101
- 34.** Henderson JM. et al.: *Cancer* 52, 1983
- 35.** Disaia & Creasman. *Clinical Ginecol.Oncol.*,3ª Edit.,1989
- 36.** Gordon et al.: *Cancer* 52, 1983
- 37.** Musumeci et al.: *Cancer* 40, 1977
- 38.** Hacker NF: Recurrent cervical cancer, En: Berek JS, Hacker NF *Practical Gynecologic Oncology*, 3rd Ed, Lippincott Williams & Wilkins, pp 392-393, 2000.
- 39.** Stehman FB, Perez CA, Kurgan RJ, Thigpen JT: Treatment of recurrent of the cervix. En: Hoskins WJ, Perez CA, Young RC: *Principles and practice of Gynecological Oncology.* 3rd Ed, Lippincott Williams & Wilkins, pp: 884-885, 2000.

40.Perez CA, Kavanagh: Treatment of recurrent carcinoma of the cervix. En Perez CA, Brady LW, Halperin EC, Schmidt-Ullrich RK: Principles and practice of Radiation Oncology, 4th Ed, Lippincott Williams & Wilkins, pp 1880- 1881. 2004.

41.Eifel PJ, Berek JS, Markman MA: Treatment of locally recurrent carcinoma of the cervix. En DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA: Cancer. Principles and practice of oncology, 7th Ed. Lippincott Williams & Williams, pp1317-1318, 2005.

42.Lukka H, Johnston: Concurrent cisplatin-based chemotherapy plus radiotherapy for cervical cancer: a meta-analysis. Clin Oncol (R Coll Radiol). 2004 Apr;16(2):160-1.

43.Singh AK, Grigsby PW, Arder JS et al: Cervix carcinoma, concurrent chemotherapy, and salvage of isolated paraaortic lymph node recurrence. Int J Rad Onc Biol Phys 61: 450-455, 2005.

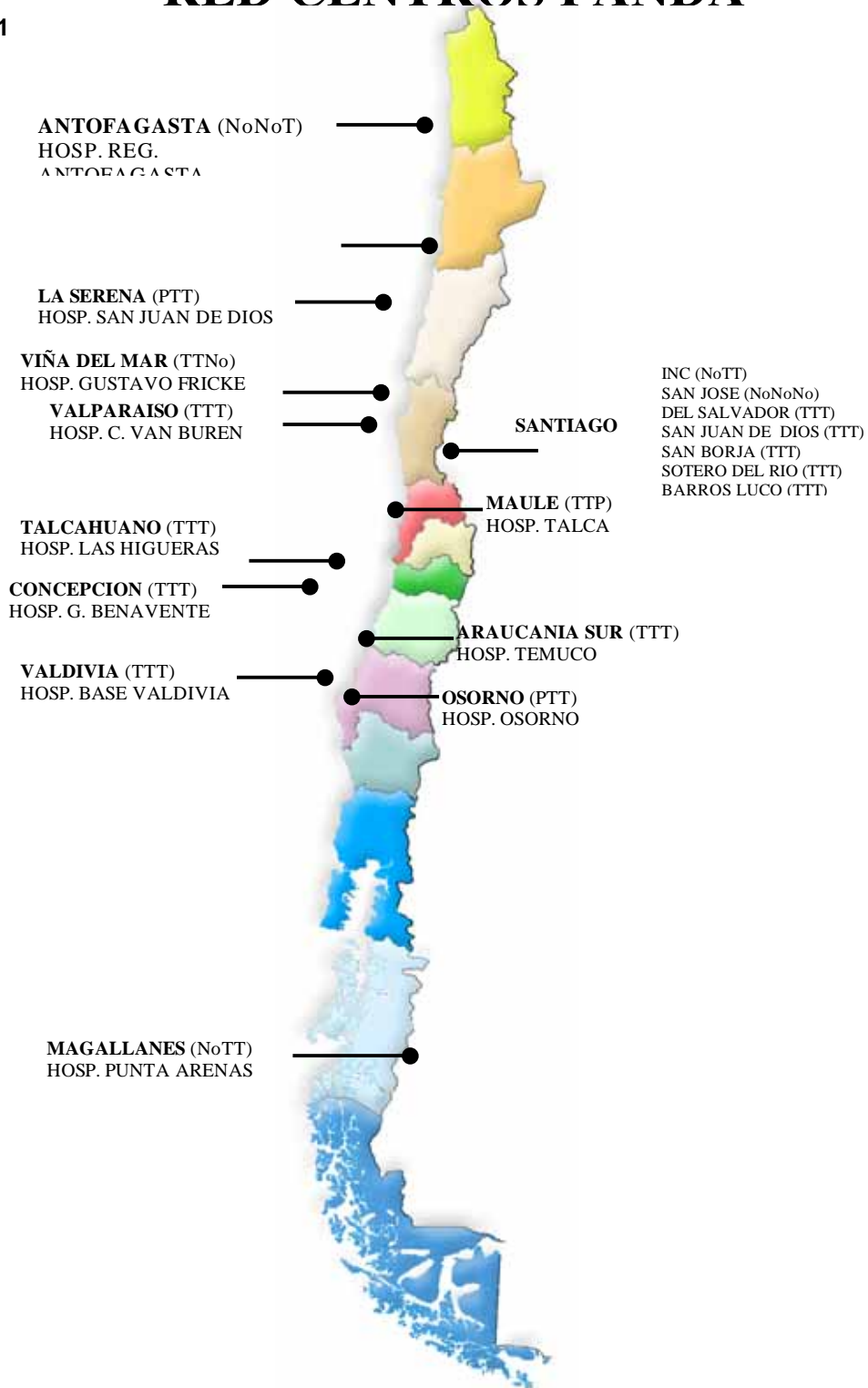
44. Hatch KD: Pelvic exenteration, En: Berek JS, Hacker NF Practical Gynecologic Oncology, 3rd Ed, Lippincott Williams & Wilkins, pp 829-845, 2000.

19. ANEXOS

- ANEXO 1: Red Centros PANDA
- ANEXO 2: Red Centros Radioterapia
- ANEXO 3 Consentimiento informado
- ANEXO 4: Recomendaciones Taller 2002

RED CENTROS PANDA

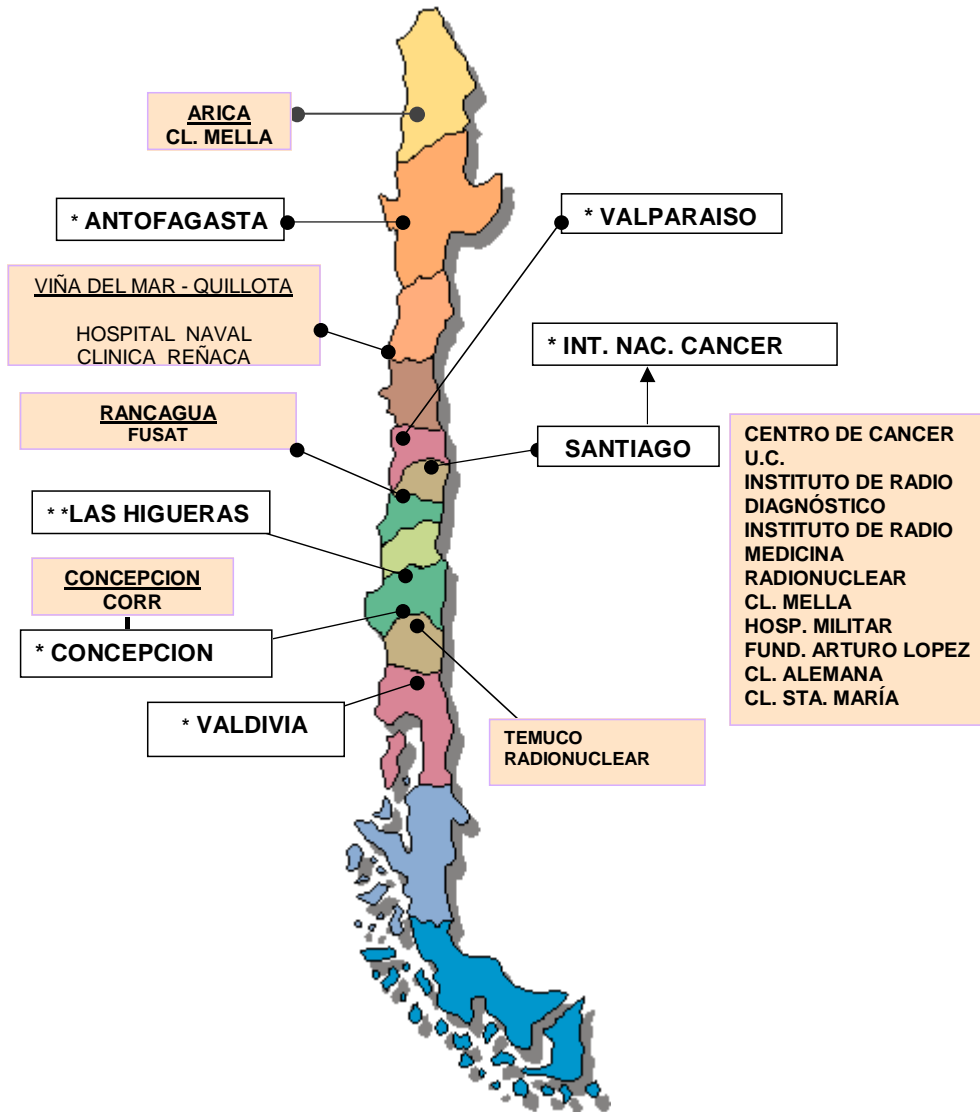
ANEXO 1



- 1.- ORDEN DE LAS SIGLAS: LEUCEMIAS, LINFOMAS TUMORES SOLIDOS
- 2.- SIGNIFICADO DE SIGLAS: T= TOTAL; P= PARCIAL; No= NO ACREDITADO

RED CENTROS RADIOTERAPIA

(*) Establecimientos Públicos



Sólo los establecimiento públicos (*) están en Red
Equipo privado en comodato H. Las Higueras



CONSENTIMIENTO INFORMADO

1.- El médico especialista tratante Dr. me ha explicado claramente mi enfermedad, el pronóstico y las posibilidades de tratamiento.

2.- Sé que debo realizarme una serie de exámenes: de sangre, radiografías, ecotomografías entre otros; para el diagnóstico, tratamiento y el seguimiento de esta enfermedad.

**3.- Se me ha explicado que seré tratado, según protocolo, con:
Cirugía, si no , Quimioterapia si no , Radioterapia si no y
según el estadio o etapa de mi enfermedad.**

4.- La cirugía tratará de eliminar el tumor canceroso, el que puede ser extirpado total o parcialmente. Para este procedimiento seré anestesiado general **si no , regional si no
Puede provocar efectos secundarios tales como dolor, hemorragia, infección y otros que me ha explicado mi médico tratante.**

5.- La Quimioterapia son medicamentos endovenosos u orales, anticancerosos, que tratan de controlar o curar mi enfermedad. Puede provocar efectos secundarios desagradables frecuentes y transitorios como: caída del cabello o vómitos y náuseas, otros efectos menos frecuentes como úlceras bucales, anemia, infección, sangramiento, incluso ocasionalmente efectos graves como esterilidad y hasta la muerte.

6.- La radioterapia, consiste en la aplicación de radiación que trata de disminuir, total o parcialmente el tumor. Puede provocar efectos secundarios desagradables frecuentes y transitorios como: mareos, lesión local de la piel y mucosas, alteración del gusto, náuseas, vómitos y diarrea. Otros efectos menos frecuentes, entre los que se cuentan: úlceras bucales, anemia, molestias para orinar, hemorragias intestinales, hemorragias vesicales, fistulas y pérdida de la sensibilidad superficial.

7.- He comprendido que no todos los cánceres son curables en un 100% y que existe la posibilidad de recaída y también de no respuesta al tratamiento.

8.- Es posible que también requiera otro tipo de tratamientos, como transfusiones de sangre y/o plaquetas, antibióticos y otros.

9.- Se que puedo sentir dolor, el que siempre se tratará y que puede ser aliviado total o parcialmente.

10.- Doy mi consentimiento para seguir el tratamiento y las recomendaciones del especialista y equipo de salud, sí _____, no _____ .

En caso de optar por seguir el tratamiento, el equipo de salud me informará de cualquier cambio y se compromete a contestar mis consultas.

Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. De no aceptar el tratamiento, o retirarme en el curso de él, declaro haber sido informado de las posibles consecuencias para mi estado de salud y no perderé ninguno de los beneficios que tengo como paciente.

11.- Yo, declaro que he sido informado que tengo diagnostico de, y que he leído con detención cada detalle de este documento y me han aclarado todas mis dudas.

12.- Nombre paciente Firma
Nombre familiar (testigo)..... Firma
Médico Dr. Firma
Fecha

ANEXO 4:

RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO SEGÚN ETAPA CLINICA (difundidas en el Taller del Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino año 2000)

CANCER CERVICO UTERINO ETAPA IA1:

Opciones terapéuticas recomendadas:

1. Histerectomía total extrafascial, o Tipo I de Piver:

Es el tratamiento de elección en ésta etapa, para aquellos casos en los cuales no hay compromiso de espacios vasculares ni linfáticos. La frecuencia de compromiso de ganglios linfáticos es lo suficientemente baja para que no sea necesaria la linfadenectomía pélvica. (8-9-10-11).

2. Conización cervical:

Debe considerarse este tipo de tratamiento en forma excepcional en aquellas pacientes en las cuales sea imperativo preservar la fertilidad, siempre y cuando los márgenes de la conización sean negativos para la neoplasia, no haya compromiso de espacios vasculares ni linfáticos y sea posible asegurar un correcto seguimiento de la paciente (2-11).

3. Radioterapia intracavitaria exclusiva:

Excepcionalmente, en aquellos casos en que la paciente no sea elegible por contraindicación para un tratamiento quirúrgico (10). Se recomienda una inserción con tandem y ovoides con una dosis de 6.000 a 7.000 cGy (12).

CANCER CERVICO UTERINO ETAPA IA2:

Recomendaciones de tratamiento:

1. Histerectomía radical con linfadenectomía pélvica (11), es el tratamiento de elección en esta etapa. Podría optarse por una histerectomía radical modificada tipo Piver II, resecaando parametrio hasta el túnel ureteral sin necesidad de disecar el trayecto parametrial del uréter. Según diversos estudios el riesgo conocido de metástasis en ganglios linfáticos es de hasta un 10%.(3).
2. Radioterapia intracavitaria exclusiva: excepcionalmente, en aquellos casos en que la paciente no sea elegible por contraindicación para un tratamiento quirúrgico (11). Se recomienda una inserción con tandem y ovoides con una dosis de 6.500 a 8.000 cGy (13). La radioterapia pélvica externa no

está recomendada, la dosis intracavitaria es suficiente para el control de cadenas linfáticas en riesgo. (17)

NOTA:

Para la etapificación de una paciente en etapa IA1 y IA2, se requiere la realización de una conización cervical con bisturí frío o asa tipo LEEP (10), en casos excepcionales en que se tenga una muestra de biopsia con estroma suficiente, se podrá aceptar esta para el diagnóstico.

CANCER CERVICO UTERINO ETAPA IB1:

Recomendaciones de tratamiento:

Tanto la radioterapia como la cirugía en manos de un experto, permiten obtener un porcentaje de curación del 85 al 90% de las pacientes (11-25). La selección de uno de estos medios, dependerá de: factores relacionados con la paciente, con la decisión de la paciente debidamente informada, la disponibilidad de recursos médicos capacitados, equipamiento y materiales locales.

Las alternativas de tratamiento para este grupo de paciente son:

1. Histerectomía radical tipo Piver II, con disección del parametrio hasta el túnel ureteral, manguito vaginal y linfaadenectomía pelviana completa bilateral. En caso que a la exploración quirúrgica aparezca sospecha de compromiso de ganglios lumbo-aórticos, estos deberán ser biopsiados si técnicamente es factible.
2. Radioterapia: Irradiación pélvica externa, con dosis de 4.500 - 5000 cGy en 5 semanas, el campo debe cubrir el tumor primario así como las cadenas linfáticas expuestas al riesgo de diseminación, no se recomienda cubrir campo lumbo-aórtico (32). En un plazo no mayor de 3 semanas se debe continuar el tratamiento con radioterapia intracavitaria, utilizando tandem y ovoides considerando una dosis con cantidad suficiente para 7500 a 8.000 cGy en el volumen a determinar. El volumen a irradiar se debe dar a través de 4 campos con dosis diaria total que varía entre 180-200 cGy., 5 fracciones semanales. (28-29-30)

CANCER CERVICO UTERINO ETAPA IB2:

Resultados provenientes de cinco estudios prospectivos randomizados que reúnen más de 2000 pacientes, muestran una ventaja estadísticamente significativa, disminuyendo la mortalidad entre un 30 a un 50 % cuando se emplea cisplatino administrado concomitantemente con la radioterapia. La población incluyó a mujeres en etapa clínica FIGO IB2 a IVA de cáncer de cuello uterino y a mujeres con estadio clínico inicial en que al momento de la cirugía primaria se encontraron factores pronósticos desfavorables (ganglios pelvianos positivos, enfermedad parametrial o márgenes quirúrgicos positivos). En base a estos resultados, se

debe recomendar el uso de la quimioterapia con cisplatino concomitante a la radioterapia para todos aquellos casos con tumores clínicamente mayores de 4 cm., o que a la Anatomía Patológica tengan presente algunos de los factores desfavorables ya mencionados (14).

En etapa IB2, el compromiso linfático pelviano puede llegar hasta 50–60% (18-19), dependiendo del tamaño tumoral, lo cual significa que un porcentaje elevado de pacientes pueden requerir irradiación complementaria a pelvis si primariamente se realiza una cirugía radical y linfadenectomía. Lo anterior lleva a un incremento en la morbilidad por el uso de dos terapias radicales (20). No existe evidencia actual que haya demostrado que el agregado de quimioterapia a la cirugía radical sea igual o superior a la Quimio-Radioterapia en este tipo de tumores.

Recomendaciones de tratamiento:

- ♣ Quimioterapia concomitante con Cisplatino, 40 mgr / m², (dosis máxima 70 mgr.), una vez por semana, mientras dure la radioterapia externa (15).
- ♣ Radioterapia externa pelviana, 4500-5000 cGy / 5 semanas, 4 campos, con peso 3:2 AP/PA versus Laterales, calculando la dosis al isocentro. (25) y con un fraccionamiento de 180-200 cGy/día, 5 fracciones por semana; 2 semanas de descanso, Cesio Intracavitario por 45 -50 horas para dar una dosis a un volumen determinado con cantidad suficiente para 8000-8500 cGy, y en fondo vaginal 5000 cGy dosis superficie.

En etapa IB2, la Histerectomía Extradefascial (Tipo I) post radioterapia, reduce en forma significativa la recidiva local, disminuyendo así las complicaciones secundarias asociadas a la falla local. No hay evidencia que demuestre una mejoría en la sobrevida absoluta (15-21-22). La decisión de efectuarla dependerá de la experiencia de cada centro así como de la decisión de la paciente y del equipo médico tratante.

CANCER CERVICO UTERINO ETAPA IIA:

El tratamiento estándar recomendado en esta etapa es la Quimio-Radioterapia.

Recomendaciones de tratamiento:

- ♣ Quimioterapia concomitante con Cisplatino, 40 mgr/m², (dosis máxima 70 mgr.), una vez por semana, mientras dure la radioterapia externa. (16).
- ♣ Radioterapia externa pelviana, 4500 – 5000 cGy / 5 semanas, 4 campos, con peso 3:2 AP/PA versus Laterales, calculando la dosis al isocentro, con un fraccionamiento de 180-200 cGy/día, 5 fracciones por semana; 2 semanas de descanso, Cesio Intracavitario para dar una dosis a un volumen determinado con cantidad suficiente para 8000 – 8500 cGy.

- ♣ Sobreimpresión central de 1000 cGy / 1 semana. (antes o después del Cesio)
- ♣ Si el volumen tumoral o el componente endocervical es importante, evaluar para una Histerectomía ampliada tipo 1, con resección proximal de vagina, después de 4 a 6 semanas de descanso (similar a IB2).

En casos especiales, con tumores cervicales de pequeño volumen y compromiso inicial superficial vaginal, puede plantearse como alternativa al tratamiento anterior una

Histerectomía Radical modificada tipo II con linfadenectomía pélvica y manguito vaginal (22), particularmente si se desea preservar función ovárica.

CANCER CERVICO UTERINO ETAPA IIB:

El tratamiento estándar recomendado en esta etapa es la Quimio-Radioterapia.

Recomendaciones de tratamiento:

- ♣ Quimioterapia concomitante con Cisplatino, 40 mgr/m², (dosis máxima 70 mgr.), una vez por semana, mientras dure la radioterapia externa.
- ♣ Radioterapia externa pelviana, 4500–5000 cGy / 5 semanas, 4 campos, con peso 3:2 AP/PA versus Laterales, calculando la dosis al isocentro, con un fraccionamiento de 180-200 cGy/día, 5 fracciones por semana; 2 semanas de descanso, Cesio Intracavitario para dar una dosis a un volumen determinado con cantidad suficiente para 8000 – 8500 cGy.
- ♣ Sobreimpresión con radioterapia externa de 1000–1500 cGy / 1 – 1,5 semana en área inicialmente comprometida. (antes o después del Cesio)

Si el compromiso parametrial es incipiente y hay gran volumen cervical o endocervical, según caso, evaluar para Histerectomía radical modificada tipo 1.

CANCER CERVICO UTERINO ETAPA IIIA:

El tratamiento estándar recomendado en esta etapa es la Quimio-Radioterapia.

Recomendaciones de tratamiento:

- ♣ Quimioterapia concomitante con Cisplatino, 40 mgr/m², (dosis máxima 70 mgr.), una vez por semana, durante la radioterapia externa.
- ♣ Radioterapia externa pelviana, 4500 – 5400 cGy / 5–6 semanas, 4 campos, con peso 3:2 AP/PA versus Laterales, calculando la dosis al isocentro.
- ♣ Radioterapia externa a nivel de ambas regiones inguinales con dosis de 4500 cGy/ 5 semanas calculando la dosis a una profundidad individual de los ganglios inguinales según TAC.

- Sobreimpresión central y/o parametrial con radioterapia externa de 1000–1500 cGy / 1 – 1,5 semana.
- Fraccionamiento de 180-200 cGy/día, 5 fracciones por semana.
- Si es factible, y después de 2 semanas de descanso, Cesio Intracavitario con tandem y cilindros vaginales por 30 - 60 horas, para dar una dosis a un volumen determinado, con cantidad suficiente para 8000 – 8500 cGy. y en vagina cantidad suficiente para 7000 cGy. Calculando la dosis a 0,25 cm., de profundidad.
- Si la braquiterapia intracavitaria no es técnicamente factible, completar sobreimpresión adicional con reducción de campos a nivel del primario hasta alcanzar una dosis total de 6500 – 7000 cGy; y en vagina completar con cantidad suficiente para 7000 cGy.

CANCER CERVICO UTERINO ETAPA IIIB:

El tratamiento estándar recomendado en esta etapa es la Quimio-Radioterapia.

Recomendaciones de tratamiento:

- ♣ Quimioterapia concomitante con Cisplatino, 40 mgr/m², (dosis máxima 70 mgr.), una vez por semana, durante la radioterapia externa.
- ♣ Radioterapia externa pelviana, 5000–5400 cGy / 5–6 semanas, 4 campos, con peso 3:2 AP/PA versus Laterales, calculando la dosis al isocentro.
 - Sobreimpresión central y parametrial con radioterapia externa de 1000–1500 cGy / 1 – 1¹/₂ semana.
 - Fraccionamiento de 180-200 cGy/día, 5 fracciones por semana.
 - Si es factible, y después de 2 semanas de descanso, Cesio Intracavitario 45 - 60 horas para dar una dosis a un volumen determinado con cantidad suficiente para 8000 – 8500 cGy.
 - Si el Cesio no es técnicamente factible, completar con nueva sobreimpresión con reducción a nivel de primario y parametrio(s), con cantidad suficiente para 6500 – 7000 cGy .
 - La irradiación de campos paraaorticos no es electiva en ninguno de los estadios, excepto en casos demostrados por biopsia, en esta situación se tratarían con 4500 cGy en 5 semanas, campo separado (26) en concomitancia con la radioterapia pelviana y quimioterapia, esperando un grado de morbilidad mayor. (23-24). Otra situación sería el tratamiento como parte de un estudio de investigación.

CANCER CERVICO UTERINO ETAPA IVA:

El tratamiento estándar recomendado en esta etapa es la Quimio-Radioterapia.

La correcta evaluación de las condiciones generales de la paciente son fundamentales en esta etapa para decidir un tratamiento curativo, así como el consentimiento informado dada la alta morbilidad de éste.

Recomendaciones de tratamiento:

- ♣ Quimioterapia concomitante con Cisplatino, 40 mgr/m², (dosis máxima 70 mgr.), una vez por semana, mientras dure la radioterapia externa.
- ♣ Radioterapia externa pelviana, 5400 cGy / 6 semanas, 4 campos, con peso 3:2 AP/PA versus Laterales, calculando la dosis al isocentro.
 - Sobreimpresión central con radioterapia externa de 1000–1500 cGy / 1 – 11/25 semana
 - Fraccionamiento de 180-200 cGy/día, 5 fracciones por semana.

CANCER CERVICO UTERINO ETAPA IVB:

Al presente no existe evidencia de terapia alguna, que permita curación de pacientes en esta etapa. No obstante, a menudo es necesario paliar el dolor o el sangramiento vaginal y mejorar la calidad de sobrevivida. En esta condición es útil el empleo adecuado de fármacos analgésicos, así como radioterapia paliativa, lo mismo es aplicable en aquellas pacientes que desarrollan recidivas post tratamiento, ya sea locales o a distancia.

QUIMIOTERAPIA:

Comisión PANDA, documento anexo

Secuencia	Medicamento	Dosis	Administración		Suero/ volumen	Vía y tiempo Administración
			Día(s)	Semana		Observaciones
0	Bloqueadores de los receptores 5 - Hidroxitriptamine (5-HT ₃)	Dosis recomendada	1	1°	S.F. 50 ml.	EV, 30 min. previo, Asociado a Betametasona 1 amp. en hora cero y sólo en la 4°, continuar con antieméticos orales o supositorios rectales cada 12 h, por cuatro días.
1	Cisplatino*	40 mg/m ²	1	1, 2, 3, 4, 5	S.F. 500ml	EV, infusión 2 horas y simultánea con 250 ml Manitol al 15%. Estabilizar con Cloruro de sodio 1gr por cada 250ml
2	Ranitidina	150 mg.	1-3			VO
Pre hidratación con S. glucosalino 1000 cc+ Kcl 2 gr./lt + sulfato de magnesio 1 amp./lt x 3 horas, previa a quimioterapia y post quimioterapia.						

Balance hídrico diario. La paciente puede y debe ser instruida al respecto.

(**)Terapia antiemética: bloqueadores de los receptores 5 -Hidroxitriptamine (5-HT₃), en las dosis recomendadas y si persistiera la sensación nauseosa,

administrar antieméticos habituales vía oral. Las pacientes y sus familias deben recibir especial educación al respecto.

Dado que es tratamiento ambulatorio, es fundamental informar y educar a la paciente y también a su familia sobre consumo abundante de líquidos orales y registro de volumen de orina en 24 hrs., diariamente. Comunicación con enfermera de quimioterapia frente a dudas o consultas. Seguimiento telefónico.

III. CONTROLES

- A. Durante el tratamiento los pacientes serán controlados semanalmente con examen clínico general, hemograma, creatinina, por equipo de quimioterapia o médico tratante.
- B. Evaluación ginecológica será efectuada por equipo de radioterapia y ginecología. Pre tratamiento, durante y al finalizar tratamiento.

IV. SEGUIMIENTO

El seguimiento de las pacientes será realizado por el Centro Derivador y efectuada por un ginecólogo, como se indica:

- Control c/ 3 meses los dos primeros años.
- Control c/ 6 meses del 3° a 5° año.
- Control anual desde el 5° año en adelante.

Los exámenes de seguimiento se realizarán de acuerdo a sintomatología y patología agregada
Lo anterior sin perjuicio de los controles con radioterapeuta, según se determine en evolución

Nota a las recomendaciones para el tratamiento:

Las recomendaciones indicadas en el presente documento, se refieren a conductas terapéuticas generales; reconociéndose que existen casos individuales, cuyo tratamiento pueda diferir según lo estipule el correspondiente Comité Oncológico. Así como también pueden desarrollarse protocolos de investigación que cumplan las condiciones establecidas en cada Centro.

V. RECOMENDACIONES PARA LA ETAPIFICACION DEL CANCER DE CUELLO UTERINO

Antecedentes

La FIGO, ha establecido que la clasificación por etapas del cáncer cérvico uterino, debe ser clínica. Sugiere un listado de exámenes además de la biopsia previa, que pudieran emplearse para la etapificación: Inspección, Palpación, Colposcopia, Curetaje endocervical, Examen bajo anestesia, Histeroscopia, Cistoscopia, Rectoscopia, Pielografía de eliminación, Radiografía de tórax y TAC. El compromiso rectal y/o vesical debe comprobarse mediante biopsia (31).

Otros exámenes disponibles como: Linfografía, Laparoscopia, Tomografía axial computarizada, Ultrasonografía o imágenes por Resonancia magnética; no deben modificar la clasificación clínica. Pueden eso sí efectuarse y ser útiles, para una planificación más adecuada del tratamiento.

Basándonos en evidencia de la literatura, podemos mencionar los rendimientos de los siguientes exámenes.

Porcentaje Positividad Pre Tratamiento

FIGO	Rx. Tórax	Cistoscopia	Rectoscopia	E. Baritado	Ref.
	(n= 1406)	(n= 1526)	(n= 832)	(n= 951)	
I	0%	0%	0%	0%	(22)
II	0,4%	0%	0%	0,3%	
III	3,8%	18,3%	16%	4,9%	
IV	5,9%	20,7%	16%	25,0%	
Total	1,4%	5,9%	2%	3,7%	

Examen	Positividad	Ref.
Cintigrama Oseo	1,8 %	(33)
Pielografía	7,4 - 12,0 %	(22-33)
Radiografía Tórax	1,8 %	(35)
Linfografía	19 % Falsos Negativos	(36)

RECOMENDACIONES

Basándonos en la evidencia anterior, los costos que tienen los exámenes y la demora que su realización produce para iniciar el tratamiento, es recomendable solicitar exámenes de etapificación, considerando el rendimiento que puedan tener para cada caso en particular.

Se recomienda que el estudio de etapificación incluya:

Exámenes de Laboratorio

- ♣ Hemograma completo
- ♣ Orina completa y Urocultivo
- ♣ Glicemia
- ♣ Protrombinemia
- ♣ Creatininemia

Estos exámenes deberán ser practicados en todas las pacientes.

Otros exámenes: dependiendo de las condiciones individuales de la paciente

A. Estudio con imágenes y endoscópicos

- Para Etapas IA su rendimiento es muy cuestionable, salvo la presencia de patologías agregadas
- En etapas IB a la IIB se recomienda efectuar solamente TAC Abdomen y Pelvis. Si no hay evidencia clínica de compromiso omitir cistoscopia y rectoscopia
- Para Etapas III-IV se recomienda TAC abdomen y pelvis, Radiografía de Tórax AP y Lateral, Cistoscopia y Rectoscopia según examen clínico

Nota:

No se considera la presencia de patologías agregadas que pudieran requerir exámenes adicionales

Bibliografía (en Guía)