
	PROMOCION Y PREVENCION	
	PROTOCOLO CANCER DE CERVIX	



PROTOCOLO No	003
CÓDIGOS CIE-10 RELACIONADOS	D060
POBLACIÓN OBJETO	TODAS LAS MUJERES ENTRE 25 Y 69 AÑOS O LAS MENORES DE 25 AÑOS CON VIDA SEXUAL ACTIVA AFILIADAS A LOS REGÍMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO
SERVICIO A LOS QUE APLICA	CONSULTA EXTERNA PROMOCION Y PREVENCION

INTRODUCCION
<p>1. En Colombia, el cáncer de cuello uterino es de alta incidencia y mortalidad. Este es más frecuente en mujeres de bajo nivel socioeconómico con vida sexual activa y alta multiparidad. Este cáncer esta fuertemente asociado con la edad temprana a la primera relación sexual y múltiples compañeros sexuales tanto en las mujeres como en sus parejas. La efectividad de los exámenes citológicos practicados a intervalos regulares para detectar precozmente el cáncer cervical, ha sido demostrada mediante estudios epidemiológicos realizados en todo el mundo. La detección precoz por citología reduce efectivamente en un 60% la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino infiltrante en las poblaciones que son sometidas a tamizaje sistemático.</p>

DEFINICION DEL TEMA
<p>La detección temprana del cáncer de cuello uterino corresponde al conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a las mujeres entre 25 y 69 años o menores de 25 años con vida sexual activa, para la toma de citología cervico uterina. La atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino, corresponde al conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a las mujeres con diagnóstico de lesión preneoplásica, tendientes a incrementar las posibilidades de curación, minimizar los riesgos de complicación y aumentar el tiempo de sobrevida y su calidad</p>

OBJETIVO
<p>Identificar oportunamente lesiones preneoplásicas y neoplásicas del cuello uterino, orientar a las mujeres afectadas hacia los servicios de diagnóstico definitivo y definir de manera adecuada y oportuna el tratamiento, tendiente a incrementar las posibilidades de curación y el tiempo de sobrevida.</p>

R-PP-003 V01 MARZO 2018
GD-204

	PROMOCION Y PREVENCION	
	PROTOCOLO CANCER DE CERVIX	

AMBITO DE APLICACIÓN

Pacientes que ingresen a los servicios de consulta externa y/o que se encuentren en seguimiento por programas de prevención de la enfermedad y promoción de salud de la red de salud sur oriente

POBLACION

La población beneficiaria de esta norma son todas las mujeres entre 25 y 69 años o las menores de 25 años con vida sexual activa afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado

RESPONSABLES

Medicos generales, Jefes de enfermería, personal de laboratorio clínico

DESARROLLO DEL PROTOCOLO



En la actualidad se conocen más de 70 tipos de virus del papiloma humanos (VPH), mostrando cada tipo un tropismo característico por diversos sitios anatómicos específicos, entre ellos las infecciones en piel y mucosas del tracto oral, respiratorio y ano genital.

La evidencia epidemiológica existente relaciona más de 50 tipos de VPH que infectan el aparato genital; sin embargo, solo alrededor de 15 son considerados altamente oncogénicos y responsables aproximadamente del 90% de los casos de cáncer de cuello uterino, siendo los tipos 16 y 18 los más comúnmente asociados como principal factor de riesgo para desarrollar este tipo de patología de la mujer en el mundo. La infección por VPH es muy común en mujeres jóvenes sexualmente activas (y hombres).

En la mayoría de los casos en los que se presenta, las infecciones son subclínicamente transitorias, es decir, desaparecen espontáneamente, regresa o se vuelve indetectable en uno o dos años. En los casos que desarrollan lesiones detectables por colposcopia en general son de grado bajo que se resuelven rápidamente a través de la respuesta inmune mediada por células. De otra parte, en un menor porcentaje (probablemente 10-15%) la infección es persistente en aquellas mujeres que no desarrollan una buena respuesta inmune celular, en este grupo el VPH representa un riesgo muy elevado para desarrollar neoplasia intraepitelial cervical de grado III (NIC III) y cáncer invasivo de cuello uterino.

El proceso por el cual el VPH ocasiona la degeneración maligna celular es incierto; sin embargo, es claro que el mecanismo patogénico de infección requiere inicialmente la integración del ADN viral en el ADN de las células del huésped. La infección no causa citólisis ni tampoco muerte celular, la liberación de los viriones ocurre en las capas superficiales y lejos de las células antigénicas del sistema inmune. Se ha demostrado que la infección persistente por los tipos de VPH oncogénicos es la causa necesaria, pero no la única suficiente para que las lesiones pre neoplásicas progresen a cáncer invasivo de cuello uterino. Las infecciones concomitantes de VPH y otros agentes

R-PP-003 V01 MARZO 2018
GD-204

	PROMOCION Y PREVENCION	
	PROTOCOLO CANCER DE CERVIX	

infecciosos transmitidos sexualmente como la Clamidia trachomatis y los virus del herpes simple tipo 2 (HSV-2).

FACTORES DE RIESGO:

- Los anticonceptivos orales que podrían potenciar el riesgo para el cáncer de cuello uterino debido a los cambios que se producen en el medio hormonal del cuello uterino.
- La alta paridad particularmente en mujeres con más de siete embarazos a término se ha encontrado que presentan un riesgo cuatro veces mayor que las mujeres positivas para VPH pero nulíparas.
- Adicionalmente, el estado nutricional, la respuesta del sistema inmunológico y la inmunosupresión principalmente en el caso de las infecciones por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).
- Edad de inicio de actividad sexual como el número de parejas sexuales se les consideran dentro de las probabilidades para contraer el VPH, pero no se les considera como factores para la progresión de la infección por VPH a cáncer invasivo de cérvix.
- Diferentes estudios han demostrado que la infección por VPH predomina en la segunda década de la vida posterior al inicio de la actividad sexual y desciende con la edad.



En la actualidad se utiliza el sistema de clasificación de Bethesda para informar el reporte de la citología cervico-uterina adoptado en Colombia. De acuerdo con esta metodología, se unen la displasia leve o NIC I con las lesiones patognomónicas de la infección por VPH, bajo el término de lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado (LEI-BG). Las lesiones compatibles con displasia moderada (NIC II), severa y el carcinoma in situ (NIC III) corresponde a las lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (LEI-AG)

Detección temprana y tamización

La detección temprana sin tamizaje, se realiza mediante una respuesta oportuna de los servicios de salud ante los síntomas o signos clínicos manifestados durante el momento de la consulta médica. Estos programas pueden implementarse basados en la educación oportuna y apropiada de la comunidad y del personal de salud que permitan la identificación de la enfermedad (signos-síntomas) para su diagnóstico en sus estadios tempranos y mejorar su pronóstico

El tamizaje organizado (poblacional) se desarrolla como estrategia de un programa masivo dirigido a una población específica. En este sentido la

R-PP-003 V01 MARZO 2018
GD-204

	PROMOCION Y PREVENCION	
	PROTOCOLO CANCER DE CERVIX	

tamización debe brindarse dentro un programa establecido que implica contener una política explícita, equipo y red de proveedores, sistema de registro y respuesta para los casos nuevos, asignación de recursos como la garantía del tratamiento adecuado de los casos positivos

En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia y en armonía con las metas del sector salud para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el control del cáncer de cuello uterino se encuentra enmarcado en el objetivo 5, Mejoramiento de la Salud Sexual y Reproductiva (34). Dentro de las seis metas específicas del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 para el control del cáncer de cuello uterino vale pena destacar las siguientes: reducir la tasa de mortalidad a 5,5 muertes por 100.000 mujeres en 2021; alcanzar coberturas de tamización con citología de cáncer de cuello uterino en el 80% de la población objeto (mujeres de 21 - 69 años) (línea de base mujeres de 25 a 69 años 79%).

La estrategia definida para lograr estas metas está basada en la atención primaria en salud orientada hacia el diagnóstico temprano por medio de un mayor acceso a la toma y lectura de la citología cervico uterina, así mismo mejorar la adherencia de la mujer a los programas de detección precoz y a su tratamiento

se definen entonces las competencias para el control del cáncer de cuello uterino consistentes en tamización, diagnóstico y seguimiento bajo el siguiente esquema:

• **Toma y entrega de resultados de citología cervico-uterina**



La norma vigente estipula la realización de la citología cervico-uterina a mujeres entre los 25 y 69 años de edad o en menores de 25 con actividad sexual activa siguiendo el esquema 1-1-3; esto significa si el resultado inicial es normal, se debe realizar al siguiente año una segunda citología para eliminar los posibles falsos negativos, si esta segunda prueba es normal se cita para otra citología en 3 años y se mantiene esta periodicidad, en tanto que los resultados continúen negativos. Para los casos en que la última citología fue tomada en un periodo mayor a 3 años se debe reiniciar el esquema 1-1-3.

Estas actividades de tamización deben ser realizadas por médicos, enfermeras, bacteriólogos o cito-histotecnólogos debidamente capacitados de instituciones habilitadas de primer nivel de atención, consultorios médicos y laboratorios de cito-patología que son denominados en la norma como Unidades de Tamizaje.

Los pasos a seguir en la toma de citología son:

- Anamnesis y diligenciamiento del registro para citología.
- Preparación de las láminas.
- Toma de la muestra utilizando espátula de madera o plástico para el exocérvix y cepillo para el endocérvix, teniendo en cuenta:
 - No hacer tacto vaginal antes de la toma de la muestra

R-PP-003 V01 MARZO 2018
GD-204

	PROMOCION Y PREVENCION	
	PROTOCOLO CANCER DE CERVIX	

- Usar espéculo sin lubricante
- Exponer muy bien el cérvix - Limpiar el exceso de flujo con torunda de algodón.
- Extender la muestra en forma adecuada para que quede delgada
- Fijar la muestra utilizando cito-spray, fijador comercial o alcohol al 95%
- Identificar adecuadamente la lámina.
- Informar a la usuaria sobre la importancia de reclamar oportunamente el resultado.

Si en momento de tomar la citología se observa lesión cervical tumoral visible o sintomatología de sangrados intermenstruales (metrorragias), post-coito o post-menopaúsico, es preciso remitir inmediatamente al ginecólogo sin esperar el resultado de la citología.

La lectura de la citología cervicouterina debe ser realizada por cito-tecnólogos bajo la supervisión y asesoría de un cito patólogo o patólogo entrenado en lectura.

El cito tecnólogo es responsable de todos los casos definitivamente negativos para neoplasia y debe remitir para segunda lectura, por parte del cito patólogo, todas las placas reportadas como anormales o positivas. Así mismo debe discutir en conjunto los reportes en los cuales exista amplia divergencia entre las lecturas.

El reporte de las clasificaciones histopatológicas se realiza por medio del Sistema Bethesda que ofrece información relacionada con la calidad del espécimen para examinar, los resultados citológicos, un diagnostico descriptivo y una evaluación hormonal que para este último no corresponde con el propósito de la citología cervico-uterina pero de utilidad para inducir algunas conductas terapéuticas



La citología cervico uterina no es diagnóstica, se requiere de la evaluación por histopatología para establecer un diagnóstico definitivo de las lesiones pre neoplásicas o neoplásicas por colposcopia o biopsia dirigida.

De conformidad con la norma, estos procedimientos deben ser realizados en las Unidades de Patología Cervical y Colposcopia. Estas unidades deben contar con un ginecólogo debidamente entrenado y certificado como colposcopista por una institución autorizada, para que además de realizar la biopsia dirigida tenga la suficiente autonomía para orientar el tratamiento adecuado y de ser posible realizarlo él mismo o remitir a un nivel superior de complejidad. A este nivel debe abrirse historia clínica con todos los registros totalmente diligenciados sin omitir detalles en cuanto a paraclínicos y posible diagnostico a todas las pacientes donde se registraran los resultados de la colposcopia.

Se deben diligenciar adecuadamente las solicitudes de patología e identificar las muestras correctamente, asegurando su pronta remisión a los laboratorios centrales de citología y patología y se debe de expresar así:

- Satisfactoria para evaluación: la muestra tiene cantidad suficiente de material exocervical y endocervical para lectura.
- Satisfactorio pero limitado: sólo puede leerse el 50% de la muestra, por mala

R-PP-003 V01 MARZO 2018
GD-204

	PROMOCION Y PREVENCION	
	PROTOCOLO CANCER DE CERVIX	

fijación, muestra muy gruesa, reacción inflamatoria severa, muestra hemorrágica, mala preservación celular o por ausencia de células endocervicales. Se deben analizar las causas pudiéndose repetir al año.

- Inadecuada: sólo puede leerse el 25% del total del extendido por mala fijación, mala tinción, muestra muy gruesa, sólo material hemorrágico o material inflamatorio. A pesar de ser inadecuada, se deben reportar los hallazgos, resaltando que debe repetirse previo tratamiento de los hallazgos que así lo requieran.

La segunda parte del reporte se refiere a los resultados citológicos propiamente dichos, estos se presentan así:

- Negativa para neoplasia
- Cambios Celulares Benignos - Infección (describe las posibles causas) - Cambios reactivos (describe las posibles causas)
- Anormalidades De Células Epiteliales - De Células Escamosas Atipias de células escamosas de significado indeterminado (ASCUS o ACSI)
Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Bajo Grado (LEIBG): Infección por Virus del Papiloma Humano – VPH Neoplasia intraepitelial del cérvix grado I (NIC) Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Alto Grado (LEIAG): Neoplasia intraepitelial grado II (NIC II) Neoplasia intraepitelial grado III (NIC III) Carcinoma escamocelular - De Células Glandulares Células Endometriales de Aspecto Benigno en pacientes postmenopáusicas Atipias de células glandulares de significado indeterminado (AGUS – AGSI): Adenocarcinoma endocervical Adenocarcinoma endometrial Adenocarcinoma extrauterino Adenocarcinoma de sitio no especificado.
- Otras neoplasias malignas - Anormalidades de células no epiteliales. Ante este reporte la usuaria debe remitirse a ginecólogo-oncólogo para estudio y tratamiento.

La tercera parte es el diagnóstico descriptivo:

- Infección
 - Vaginosis Bacteriana
 - Tricomonas
 - Clamydia
 - Actinomyces
 - Herpes - Otros
- Cambios reactivos
 - Cambios reparativos
 - Inflamación por atrofia
 - Cambios por radioterapia
 - Cambios por dispositivo intrauterino
 - Otros

La cuarta parte se refiere a la evaluación hormonal:

que si bien es cierto no corresponde con el propósito de la citología cervicouterina, se encuentra útil para inducir algunas conductas terapéuticas. El reporte en esta parte es como sigue:

- Patrón hormonal compatible con edad e historia

R-PP-003 V01 MARZO 2018
GD-204

- Patrón hormonal no compatible con edad e historia
- Evaluación hormonal no factible (causa)

CONDUCTAS SEGÚN REPORTE DE LA CITOLOGIA CERVICAL

En general se acepta que no más de un 10% de las citologías tomadas deben ser remitidas para colposcopia. De acuerdo con los resultados de la citología las conductas a seguir son:

Si la citología es reportada como normal satisfactoria, continúa el esquema de tamizaje descrito.

Si la citología reporta cambios benignos, se analizan las causas, se ordena el tratamiento necesario y continúa el esquema de tamizaje.

Si la citología es reportada como anormal, la paciente debe ser remitida a una unidad de patología cervical y colposcopia.

La Unidad de Tamizaje debe realizar búsqueda activa de todas las mujeres con resultado de CITOLOGÍA ANORMAL u otros casos de remisión inmediata (lesión tumoral cervical visible o sintomatología de sangrado intermenstrual, postcoito o postmenopáusico; se les debe explicar el resultado o causa de remisión y orientarlas para el diagnóstico y tratamiento definitivo, asegurando su atención en el otro organismo de referencia.

Reporte de la Colposcopia

Este reporte debe hacerse con base en los siguientes criterios:

- Satisfactoria
- Insatisfactoria
 - Negativa o normal
 - Positiva o anormal

Se deberá hacer descripción de los diferentes hallazgos colposcópicos, localización, extensión, causas por las cuales la colposcopia es insatisfactoria, de los cambios inflamatorios y en caso de colposcopia anormal indicar los diferentes cambios.

• Seguimiento y control de calidad

Las Unidades de Tamizaje deben realizar la búsqueda activa de todas las mujeres con resultado de citología anormal u otros casos de remisión inmediata (por lesión tumoral cervical visible o sintomatología de sangrado intermenstrual, postcoito o postmenopáusico); se les debe explicar el resultado o causa de remisión y orientarlas para el diagnóstico y tratamiento definitivo, asegurando su atención en el siguiente nivel de referencia.

Para los reportes de citología negativos, las unidades de tamizaje son responsables de la entrega del mismo, con las respectivas indicaciones sobre el siguiente control de acuerdo con los parámetros establecidos. De otra parte, es importante resaltar la búsqueda activa que se debe hacer a todas las mujeres que pasados 30 días no regresen a reclamar los resultados.

Con la implementación de la política nacional de salud sexual y reproductiva en

Colombia, se da prioridad a la detección oportuna del cáncer de cuello uterino, empleando la prueba de Papanicolaou como prueba de tamizaje para el tratamiento oportuno de las lesiones intraepiteliales e invasivas.

Por todo lo señalado, todos los laboratorios deben tener documentados, identificados y cuantificados los riesgos a los cuales se exponen los pacientes al hacer uso de sus servicios. Debe entenderse por documentación Los laboratorios de citologías cervico – uterinas los cuales deben de registrar:

- Porcentaje de citologías negativas y positivas según anomalías epiteliales definidas por el sistema Bethesda vigente y muestras insatisfactorias.
- Proporción de falsos negativos de muestras de citología cervico-uterina.

Para la vigilancia del cáncer y cuello uterino se utilizará la estrategia basada en la notificación obligatoria y semanal de todos los casos confirmados por biopsia (Ficha de notificación, anexo 1). Adicionalmente, se realizará la búsqueda activa institucional por parte de las UPGD, por periodo epidemiológico a partir de fuentes de información secundaria como son los RIPS que deberá incluir los códigos CIE-10 de diagnósticos de tumor maligno de cuello del útero (anexo 2), para garantizar la notificación del 100% de los casos al Sivigila.

Caso confirmado por Histopatología de Cuello Uterino (BIOPSIA). Mujer con diagnóstico de cáncer de cuello uterino (carcinoma de células escamosas, adenocarcinomas o mixtos) confirmado por biopsia de acuerdo con la clasificación CIE 10 – C53 – C55

Conductas según resultados de Citología y Colposcopia

RESULTADO DE CITOLOGÍA	COLPOSCOPIA NEGATIVA	COLPOSCOPIA INSATISFACTORIA	COLPOSCOPIA POSITIVA			
			Cambios Menores		Cambios Mayores	
			Bien Delimitados	No Delimitados	Bien Delimitados	No delimitados
ACSI o ASCUS VPH, LEI-BG	Citología en 6-12 meses	Biopsia endocervical	Citología en 6-12 meses	Biopsia endocervical	Biopsia Exo y endocérvix	Conización Diagnóstica
LEI-AG	Lgrado endocervical Cono diagnóstico	Lgrado endocervical Cono diagnóstico	Biopsia Exo y endocérvix	Biopsia Exo y endocérvix Cono diagnóstico.	Biopsia Exo y endocérvix (Ver y tratar).	Biopsia Exo y endocérvix Cono diagnóstico.

CONDUCTA SEGUN ESTADO CLINICO Y CARACTERISTICAS DE LA USUARIA

REPORTE ANATOMO-PATOLOGICO	CARACTERISTICAS DE LA USUARIA	TRATAMIENTO
VPH O NIC I	Paciente joven y de fácil Seguimiento.	Observación, Colposcopia y Citología, cada 6-12 meses
	Pacientes mayores de 30 Años, difícil seguimiento.	Métodos destructivos locales
NIC Alto grado NIC II - NIC III	Paciente joven, lesión delimitada, visible en su	Crioterapia, vaporización láser. LEEP o LLETZ
	Paciente joven, lesión extensa y/o que se introduce al canal,	LLETZ más cubo y legrado endocérvix residual.
		Conización mas legrado endocérvix residual.
	Lesión endocervical sin ver su límite superior.	Conización diagnóstica o terapéutica, legrado endocérvix
	Paciente difícil control, paridad cumplida o	Histerectomía abdominal ampliada.
	Pacientes con riesgo quirúrgico elevado.	Braquiterapia.
	Paciente embarazada	Observación, parto vaginal. Tratamiento 8-12 semanas Post-parto.



CONTROLES

En todos los casos se hará control al mes del tratamiento, realizando examen físico general y examen ginecológico para detectar cualquier proceso anormal relacionado con la intervención. Los NIC de bajo grado se controlarán a los 6 meses, en la institución en donde se realizó la intervención, y debe incluir citología y colposcopia. Posteriormente se realizan controles cada año hasta completar cinco años con citologías negativas y luego continúa con citologías cada 3 años. Los NIC de Alto grado se controlarán cada 6 meses durante los dos primeros años, mediante examen ginecológico, citología y colposcopia. Los controles posteriores se harán cada año Hasta completar los 5 años, y si las citologías han sido negativas, se cambiará la frecuencia a cada 3 años.

El manejo de las lesiones pre invasivas, que en la mayoría de los casos se presentan como displasias leves deben ser vigiladas más que tratadas, debido a que es muy común que tengan una regresión espontánea y de acuerdo con la edad, se define el esquema de tratamiento y si se refiere a colposcopia o permanece en control.

Es de obligatorio cumplimiento:

o Garantizar la prestación de servicios de promoción y prevención del cáncer cuello uterino al régimen subsidiado, a través de la red pública vinculada a la

	PROMOCION Y PREVENCION	
	PROTOCOLO CANCER DE CERVIX	

Dirección o Secretaria Local de Salud de acuerdo con su capacidad técnica y operativa.

o Realizar la vigilancia y control de las actividades de detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento realizadas en las instituciones prestadoras del municipio.

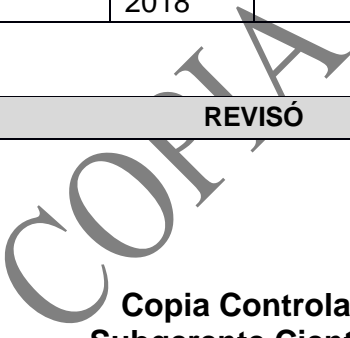
o Identificar las mujeres no afiliadas de su jurisdicción en riesgo del cáncer de mama y cuello uterino y canalizarlas hacia el programa de detección temprana y protección específica.

o Definir e implementar un sistema de información para el seguimiento y evaluación de las actividades de detección y control del cáncer de cuello uterino.

o Realizar la asistencia técnica, capacitación, seguimiento y realimentación a su red adscrita de prestadores.

BIBLIOGRAFIA
<ul style="list-style-type: none"> • Manual para detección de patología de cáncer de cérvix Instituto de cancerología • salud Sd. Diagnóstico y tratamiento de la Patología Mamaria Benigna en Primer y Segundo Nivel de Atención.; México; 2009 • guía paractica clínica ministerio de salud Colombia

CONTROL DE CAMBIOS Y REVISIONES				
Revisión	Fecha	Versión Anterior	Versión Actual	Cambio Realizado
Creacion	Marzo 2018	N/A	01	<i>Creación del protocolo de acuerdo a guías del Ministerio de Salud</i>

REVISÓ	APROBÓ
 Copia Controlada Subgerente Científica	Copia Controlada Gerencia

R-PP-003 V01 MARZO 2018
GD-204