



PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL CARCINOMA CERVICAL M-APT-QT-PT-004 VI 15-12-2021

1. OBJETIVO

La presente Guía incluye recomendaciones para el tratamiento de mujeres con diagnóstico de cáncer epitelial de cuello uterino (escamocelular y adenocarcinoma) en cualquier estadio bajo.

2. RESPONSABLE

Especialista en Oncología

3. RECURSOS

3.1. Personal

- Enfermera jefe de Quimioterapia
- Auxiliar de enfermería de Quimioterapia
- Químico farmacéutico de Quimioterapia
- Médico de soporte oncológico
- Oncólogo

3.2. Insumos y Dispositivos médicos

- Equipo de bomba de infusión
- Yelco
- Gasas
- Guantes estériles
- Guantes de manejo
- Agujas surecam
- Jeringas
- Agujas hipodérmicas
- Solución de limpieza (jabón quirúrgico y dermocidal)
- Opsite
- Buretrol
- Tapón clave .
- Pañines de clorhexidina
- Venda adhesiva .
- Humidificadores de oxígeno
- Canulas nasales para oxígeno .
- Lanceta para glucometría

3.3. Equipos biomédicos

- Bomba de infusión
- Cama hospitalaria
- Silla reclinomatic
- Pulsoxímetro
- Termómetro
- Monitor de signos vitales
- Fonendoscopio
- Glucómetro
- Balas de oxígeno
- Tensiómetro

PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL CARCINOMA CERVICAL

M-APT-QT-PT-004 V1 15-12-2021

- Carro de paro : desfibrilador y succionador .

4. ALCANCE

El presente protocolo aplica para pacientes mujeres mayores de 18 años con sospecha o diagnóstico de carcinoma de cérvix. Esta guía no incluye recomendaciones para pacientes con patologías benignas.

La presente guía no incluye aspectos de diagnóstico de cáncer de cuello uterino. Tampoco incluye recomendaciones para mujeres con diagnóstico de cáncer metastásico a cuello uterino, cáncer de cuello uterino no epitelial y melanoma primario de cuello uterino.

5. ENFOQUE DIFERENCIAL

La aplicación de este procedimiento a todos los pacientes se realiza sin ningún tipo de discriminación, marginación, invisibilización y violencia, permitiendo la inclusión de la población vulnerable con discapacidad múltiple, trastornos médicos subyacentes, ciclo de vida (adulto y vejez), inclusión étnica (afrodescendiente, indígena, Rron, Gitano), Orientación sexual e identidad de género (hombre, mujer y población LGTBI), Población rural y urbana, Migrantes, nivel educativo y víctimas de conflicto armado. Las particularidades se abordan en el protocolo de atención con enfoque diferencial de CECIMIN.

6. GENERALIDADES

6.1. JUSTIFICACIÓN

En el mundo, el cáncer de cuello uterino es el cuarto tipo de cáncer más frecuente entre las mujeres; en el año 2012 se estimaron 528 mil nuevos casos nuevos. Alrededor del 85% de la carga mundial que genera la enfermedad se produce en las regiones de bajos y medianos ingresos, donde representa el 12% de todos los cánceres femeninos.

Para ese mismo año se hizo una estimación de 266.000 muertes por cáncer de cuello uterino en todo el mundo, lo que representa el 7,5% de todas las muertes por cáncer en las mujeres.

En Colombia, para el quinquenio 2007-2011, se estimó una tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino de 18.7 por 100.000, constituyéndose en la segunda causa de cáncer más frecuente entre la población femenina después del cáncer de mama, pero a diferencia de ésta última, el cáncer de cuello uterino muestra una tendencia al descenso. El cáncer de cuello es la segunda causa de cáncer más frecuente en las mujeres pero es la primera causa de muerte asociada al cáncer.

Uno de los principales factores de riesgo de la enfermedad es la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) (3-9), de los cuales los tipos 16 y 18 han sido los más frecuentemente aislados en los tumores cervicales. Esta es la infección de transmisión sexual (ITS) más común entre las mujeres, mostrando una mayor prevalencia en las mujeres jóvenes, y en las mayores de 65 años de edad.

6.2. METODOLOGÍA

PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL CARCINOMA CERVICAL M-APT-QT-PT-004 V1 15-12-2021

La metodología para el desarrollo de la esta guía está basada en la descrita en la “Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica para el manejo del cáncer de cuello uterino invasivo. Guía para profesionales de la salud. Colombia 2014.

6.3. DEFINICIONES

Conización: Procedimiento en el que se extrae un pedazo de tejido anormal del cuello uterino en forma de cono. Se puede usar un bisturí, un bisturí láser o un alambre delgado eléctrico en forma de asa que se calienta para extraer el tejido. Luego, este tejido se examina al microscopio para determinar si hay signos de enfermedad

Linfadenectomía: Procedimiento quirúrgico en el que se extraen los ganglios linfáticos y se examina una muestra del tejido bajo un microscopio para determinar si hay signos de cáncer. Durante una linfadenectomía regional, se extraen algunos de los ganglios linfáticos del área del tumor; durante una linfadenectomía radical, se extirpan la mayoría o todos los ganglios linfáticos del área del tumor. También se llama disección de ganglios linfáticos.

Traquelectomía: Cirugía para extirpar el cuello del útero; se puede extirpar la parte superior de la vagina y ciertos ganglios linfáticos de la pelvis.

Braquiterapia: Tipo de radioterapia en el que se coloca un material radiactivo sellado en agujas, semillas, cables o catéteres directamente en el tumor o cerca de este. También se llama braquiterapia con radiación, radioterapia con implante, y radioterapia interna.

Histerectomía radical: Cirugía para extraer el útero, el cuello del útero y parte de la vagina. También se pueden extraer los ovarios, las trompas de Falopio y los ganglios linfáticos cercanos.

Tratamiento concomitante: También llamada quimiorradiación concomitante, que consiste en el suministro de quimioterapia y radioterapia concomitante para todas las pacientes con cáncer cervical, lo cual parece mejorar la supervivencia general y la supervivencia libre de progresión para cáncer de cuello uterino localmente avanzado.

6.2. ASPECTOS CLÍNICOS

Junto a la estadificación clínica propuesta por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), el cáncer de cuello uterino puede también clasificarse en tres grandes grupos de presentación:

1. Enfermedad infiltrante inicial (Estadios IA, IB1 y II A1)
2. Enfermedad localmente avanzada (IB2, IIA2 a IV A)
3. Enfermedad sistémica o metastásica (Estadio IV B)

En la actualidad, la cirugía, la quimioterapia y la radiación han demostrado ser efectivas en el tratamiento de la enfermedad en estadios tempranos. Sin embargo, en el cáncer avanzado la capacidad para manejar con éxito la enfermedad es limitada.

Tratamiento quirúrgico.

PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL CARCINOMA CERVICAL M-APT-QT-PT-004 V1 15-12-2021

El manejo quirúrgico del cáncer de cuello uterino se encuentra limitado al grupo de enfermedad infiltrante inicial y a algunas pacientes seleccionadas con enfermedad recurrente.

Lesiones micro infiltrantes

No existe ninguna duda que debido al bajo riesgo de compromiso ganglionar en las lesiones IA1 (sin invasión linfovascular) el tratamiento puede ser una conización en mujeres con deseo de fertilidad o bien una histerectomía abdominal en casos de haber completado la fertilidad. La presencia de invasión linfovascular o las lesiones más avanzadas (estadios IA2), obligan a otros tipos de consideraciones ya que la probabilidad de compromiso ganglionar aumenta. Debe considerarse el tratamiento estándar la histerectomía radical modificada con linfadenectomía pélvica. Sin embargo, en casos especiales en que la paciente desee la preservación de la fertilidad, la traquelectomía radical emerge como una posibilidad segura con los mismos resultados oncológicos.

Lesiones infiltrantes

El tratamiento quirúrgico estándar es la histerectomía radical con linfadenectomía pélvica y muestreo ganglionar para-aórtico inframesentérico.

Enfermedad recurrente

En algunas pacientes seleccionadas con recurrencia de la enfermedad (recurrencias centrales, menores de 3 cm, sin evidencia de enfermedad a distancia) las cirugías de rescate pueden producir el control de la enfermedad en aproximadamente el 50% de los casos.

Se sugiere realizar cirugía conservadora de la fertilidad ante las siguientes indicaciones:

1. Existe un deseo explícito de preservar la fertilidad.
2. No hay evidencia clínica de perjuicio importante sobre la supervivencia. FIGO etapas IA2-IB.
3. Tamaño de las lesiones de menos de 2 cm.
4. Compromiso endocervical limitado en la colposcopia.
5. No hay evidencia de metástasis en los ganglios de la pelvis.
6. Ausencia de invasión del espacio vascular.

Quimioterapia.

Se ha encontrado que posterior a la cirugía, existen recaídas de hasta el 30%, con una supervivencia a 5 años entre el 80% para el estadio IB y del 30% para el estadio III. Para estos pacientes con enfermedad localmente avanzada, ha surgido la alternativa de la administración concomitante de radioterapia y quimioterapia a base de platino como el tratamiento estándar por sus efectos favorables en reducción en el riesgo de muerte, riesgo de recurrencia y riesgo de recurrencia local al compararlo con la administración de sólo radioterapia; siendo el cisplatino la elección, como agente único en la concomitancia, por su mejor perfil de toxicidad.

Para los pacientes con enfermedad metastásica o los pacientes en recaída sin opción quirúrgica o de radioterapia, el tratamiento primario es la quimioterapia a base de cisplatino, especialmente en combinación con paclitaxel por los resultados del estudio GOG 204, el cual no mostró diferencias en las diferentes líneas con respecto a tasas de respuesta,

PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL CARCINOMA CERVICAL M-APT-QT-PT-004 V1 15-12-2021

en riesgo de muerte pero sí diferencias en perfiles de toxicidad (11), sin embargo como es en el caso de los pacientes con enfermedad localmente avanzada, el cisplatino no puede ser empleado en pacientes con compromiso de la función renal por lo que surge en este escenario el carboplatino por su bajo efecto tóxico renal y la no necesidad de hidratación, con una tasa de respuesta similar y sin diferencias en la supervivencia global.

Se debe evaluar la posibilidad de nefrostomía en mujeres con carcinoma infiltrante de cuello uterino no metastásico con falla renal, con el fin de reducir la morbilidad renal durante el tratamiento de la enfermedad.

Recientemente, el uso de bevacizumab asociado a la quimioterapia demostró, en un ensayo clínico aleatorizado, un aumento significativo en supervivencia global, supervivencia libre de progresión y tasas de respuesta global con respecto a las líneas de quimioterapia sin bevacizumab. Se sugiere usar bevacizumab en pacientes con cáncer de cuello uterino en persistencia o recaída sistémica.

Radioterapia.

La radioterapia hace parte del tratamiento estándar y multimodal del cáncer de cuello uterino, ya sea como terapia primaria concomitante con quimioterapia en los tumores localmente avanzados (IB2, IIA2, IIB, III y IV) o como terapia adyuvante sola o concomitante con quimioterapia en aquellas pacientes con estadios tempranos (IA1, IA2, IB1, IIA1) llevadas a cirugía pero con factores de mal pronóstico para recaída.

Se recomienda el uso de la radioterapia conformacional (3DCRT) como tratamiento estándar en pacientes con carcinoma infiltrante de cuello uterino con el fin de prevenir la progresión y muerte por la enfermedad, reduciendo la toxicidad a tejidos aledaños.

Se sugiere hacer radioterapia de intensidad modulada (IMRT) en paciente con carcinoma infiltrante de cuello uterino con tratamiento quirúrgico previo o compromiso de ganglios pélvicos o para aórticos. La IMRT se prefiere en los casos donde la tecnología se encuentre disponible (centros habilitados con instalaciones certificadas) y exista personal con capacitación adecuada para realizar el procedimiento.

7. CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

Está indicada la hospitalización en todo paciente con:

- Sangrado profuso
- Fiebre
- Neutropenia Febril
- Documentación de efecto adverso serio asociado a tratamiento

8. RECOMENDACIONES A PACIENTES

Se recomienda a todas las pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix:

- Consumir una dieta saludable, rica en vegetales, frutas y granos.
- Mantenerse físicamente activo.

**PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL CARCINOMA CERVICAL
M-APT-QT-PT-004 VI 15-12-2021**

- Mantener un peso saludable.
- Limitar el consumo de alcohol.
- Suspensión del consumo de tabaco
- Limitar el consumo de carnes rojas procesadas.
- Protegerse del sol.
- Acudir regularmente a sus controles médicos.
- Realizar el autoexamen de seno de manera regular

Se recomienda acudir por urgencias en caso de presentar:

- Fiebre, documentada como una temperatura mayor a 38 grados
- Imposibilidad para la ingesta, incluida la ingesta de líquidos
- Alteración del estado de conciencia, convulsiones o movimientos anormales, dificultad para la movilización de alguna extremidad
- Enrojecimiento, calor o secreción fétida por la herida en aquellas pacientes que han sido sometidas a una cirugía.

9. BIBLIOGRAFÍA

Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica para el manejo del cáncer de cuello uterino invasivo. Guía para profesionales de la salud. Colombia 2014