

Modelo de abordaje de Cáncer de cuello uterino en el marco de implementación de líneas de cuidado

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Validado por:

- Consejo Superior del Colegio de Obstétricas de PBA (COPBA-CS), Alicia Cillo y Sandra Zapiola, Presidentes Titular y Suplente.
- Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO), Vicepresidente Héctor Scaravonati
- Laboratorio Nacional de Referencia de Papilomavirus- Anlis Malbrán, Mariel Correa
- Sociedad Argentina de Citología (SAC), Presidenta Liliana Diaz
- Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGBA), Presidente Roberto Ovando
- Sociedad Latinoamericana de Citopatología (SLAC), Vicepresidenta Primera Rosa Laudi
- Instituto de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer (IPC), Directora Provincial Marina Pifano. Área de Prevención y Promoción, Coordinadora Laura Escalante Albertali, referentes en CCU Silvia Ferroni y Silvia Massaccesi.

Introducción

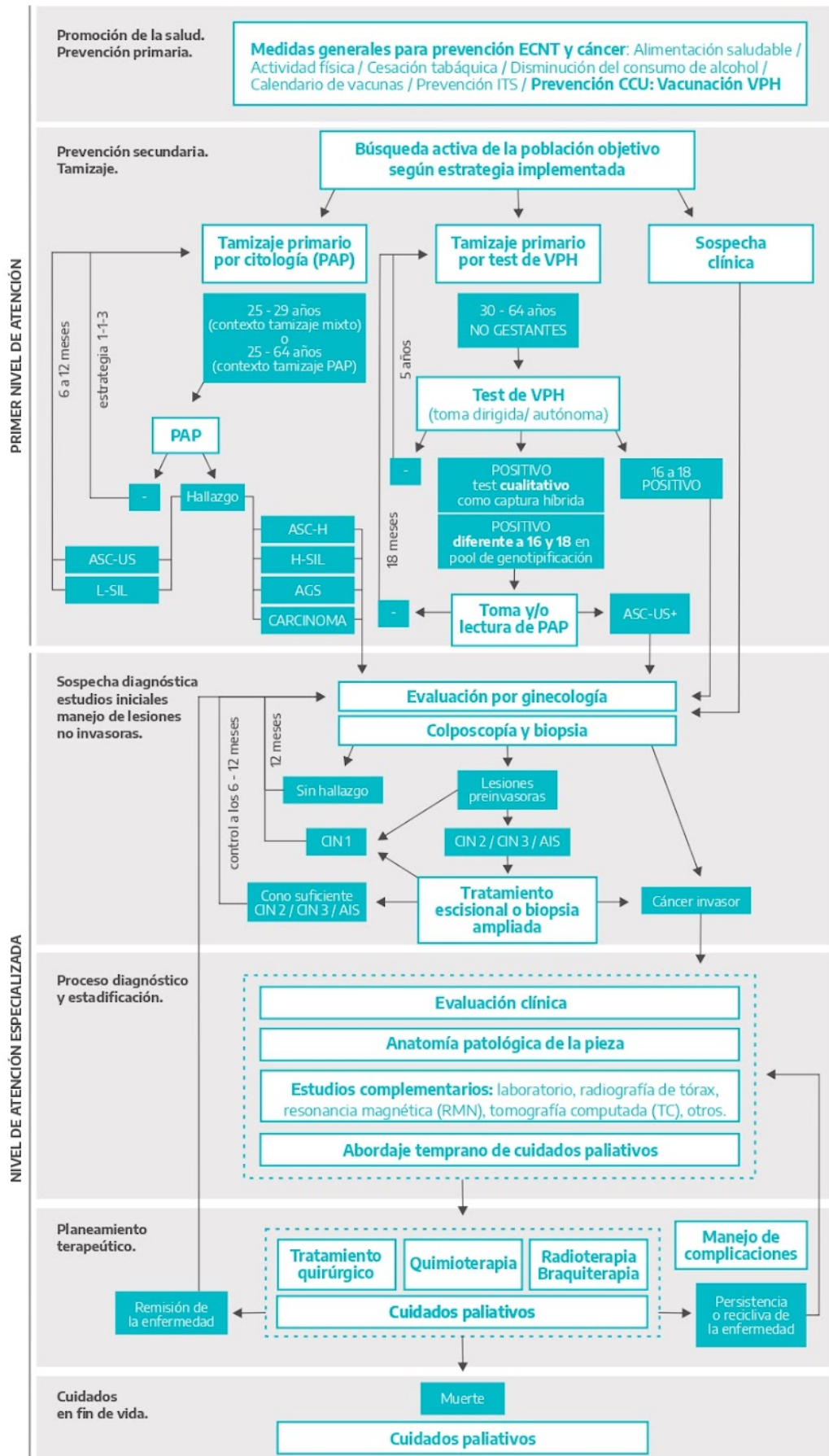
El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, ha desarrollado estrategias para garantizar el acceso y la continuidad de cuidados en problemáticas complejas que requieren de articulaciones entre los efectores de salud para la conformación de *redes*. Entre estas estrategias desarrolladas, se encuentran las denominadas *líneas de cuidado*. Las mismas definen, basadas en la mejor evidencia disponible, los servicios necesarios para intervenir, acompañado de los flujos de atención de los usuarios. Estas trayectorias deben ser previamente definidas y acordadas entre efectores a fin de garantizar recorridos sin barreras de acceso.

La implementación de líneas de cuidado, tiene el objetivo de garantizar que estas trayectorias definidas en el primer nivel, sean efectivamente realizadas por medio, tanto de turnos protegidos hacia otros niveles de atención como de una central de acceso a especialidades y estudios en otros efectores. El desarrollo e implementación de la Historia de Salud Integral (HSI) en el marco del plan de Salud Digital habilita una herramienta fundamental para el desarrollo de estas iniciativas, con este objetivo se creó un módulo de referencia-contrarreferencia dentro de la HSI. Por otro lado, los Centros de Telemedicina y Cuidados (CeTeC) se configuran en este proyecto como centrales de regulación que posibilitan orientar a las personas a los servicios requeridos de manera eficaz y amorosa.

Este proyecto contribuye a fortalecer un eje estratégico del actual Gobierno en Salud de la Provincia relativo a la garantía de acceso y equidad de la población residente en la provincia de Buenos Aires.

La construcción de este proyecto demanda de metodologías participativas y de consenso para que se pueda implementar con el apoyo e involucramiento de todos los actores que serán parte de ella. El presente documento resume el modelo de atención propuesto en la línea de cáncer de cuello uterino.

Flujograma



1. Promoción de la salud - Prevención primaria de ECNT y cáncer - Prevención primaria específica de CCU

Promoción de la salud.
Prevención primaria.

Medidas generales para prevención ECNT y cáncer: Alimentación saludable / Actividad física / Cesación tabáquica / Disminución del consumo de alcohol / Calendario de vacunas / Prevención ITS / **Prevención CCU: Vacunación VPH**

Las acciones tendientes a reducir el riesgo de cáncer en términos amplios están vinculadas a medidas generales ampliamente difundidas para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles y cáncer, como la alimentación rica en frutas y verduras, la realización de actividad física regular, la cesación tabáquica y la disminución del consumo de alcohol. Estas medidas deben ser abordadas desde la estrategia de promoción de la salud a nivel poblacional.

Para la prevención primaria del CCU y sus lesiones precursoras es importante trabajar específicamente en:

- Vacunación contra el VPH:

Introducida en 2011 en el calendario nacional de vacunas para niñas nacidas a partir del año 2000 y niños nacidos a partir del 2006. El esquema es de 2 dosis separadas por 6 meses (0-6 meses). Si la segunda dosis fue administrada antes de los 6 meses, deberá aplicarse una tercera dosis respetando los intervalos mínimos (4 semanas entre 1ª y 2ª dosis, 12 semanas entre 2ª y 3ª dosis).

Este esquema se indicará si se inicia antes de los 14 años, en caso de iniciar un esquema atrasado en mayores de 14 años deberán recibir tres dosis (0-2-6 meses).

Está indicada, además, en personas de cualquier edad que vivan con VIH y trasplantados (esquema 0-2-6 meses).

- Prevención de ITS:

Si bien el uso de preservativo y barrera de látex en las relaciones sexuales no asegura la no transmisión de VPH ya que puede ubicarse en zonas de contacto que queden por fuera del método de barrera; se aconseja su uso para disminuir el riesgo de transmisión de VPH y para la prevención de ITS de manera general ya que las co-infecciones aumentan el riesgo de desarrollo de CCU.

2. Prevención secundaria - Tamizaje

El CCU cumple con los criterios de cáncer prevenible ya que presenta lesiones precursoras, de lenta progresión, que, si son diagnosticadas y tratadas a tiempo, evitan la aparición de lesiones malignas y/o su desarrollo. La aplicación de técnicas de tamizaje de calidad, seguimiento y tratamiento adecuado de las personas con CCU puede disminuir hasta un 80% la prevalencia del mismo. El proceso de tamizaje varía según la edad de la persona y los recursos disponibles del sistema de salud.

En mujeres y personas con útero de entre 25-29 años se recomienda la realización de una prueba de Papanicolaou (PAP) con frecuencia 1-1-3, es decir, que luego de dos PAP normales anuales, puede realizarse la citología cada tres años. En mujeres y personas con útero de 30-64 años se utiliza el test de VPH, que puede realizarse cada 5 años si su resultado es negativo.

En las regiones donde todavía no se ha implementado la prueba de VPH, el PAP se utiliza como tamizaje para todas las personas con útero entre 25 y 64 años. No está recomendado el tamizaje en menores de 25 años debido a la elevada presencia de lesiones precursoras que, mayoritariamente, remiten de manera espontánea. Aquellas personas mayores de 64 años que nunca han realizado tamizaje para CCU o lo realizaron hace más de 3 años, deberán hacerlo.

Test de VPH

Se trata de tecnologías de biología molecular que fueron desarrolladas para identificar a los genotipos de VPH que tienen alto riesgo oncogénico, pueden ser PCR-rt, captura de híbridos, entre otros. Presentan alta sensibilidad para la detección de lesiones preneoplásicas y posee alto valor predictivo negativo, por lo cual puede realizarse a intervalos mayores que el PAP.

Se realiza en personas mayores de 30 años, debido a que a menor edad es muy frecuente la presencia de infecciones por VPH transitorias (incluso por virus de alto riesgo oncogénico). La utilización de esta prueba en personas más jóvenes puede desencadenar sobrediagnóstico y sobretratamiento de infecciones que no desarrollarán lesiones neoplásicas, por lo que no está recomendada en dicha población.

La muestra se toma del cuello uterino y, dependiendo del test, puede ser tomada tanto por personal de salud (toma dirigida) como por la propia persona usuaria (autotoma). Puede realizarse en personas que se encuentran menstruando y también cuando hayan mantenido relaciones sexuales recientemente. El único criterio de exclusión es que la persona esté gestando. Su lectura se hace de manera sistemática y automatizada, lo cual minimiza los errores en los resultados.

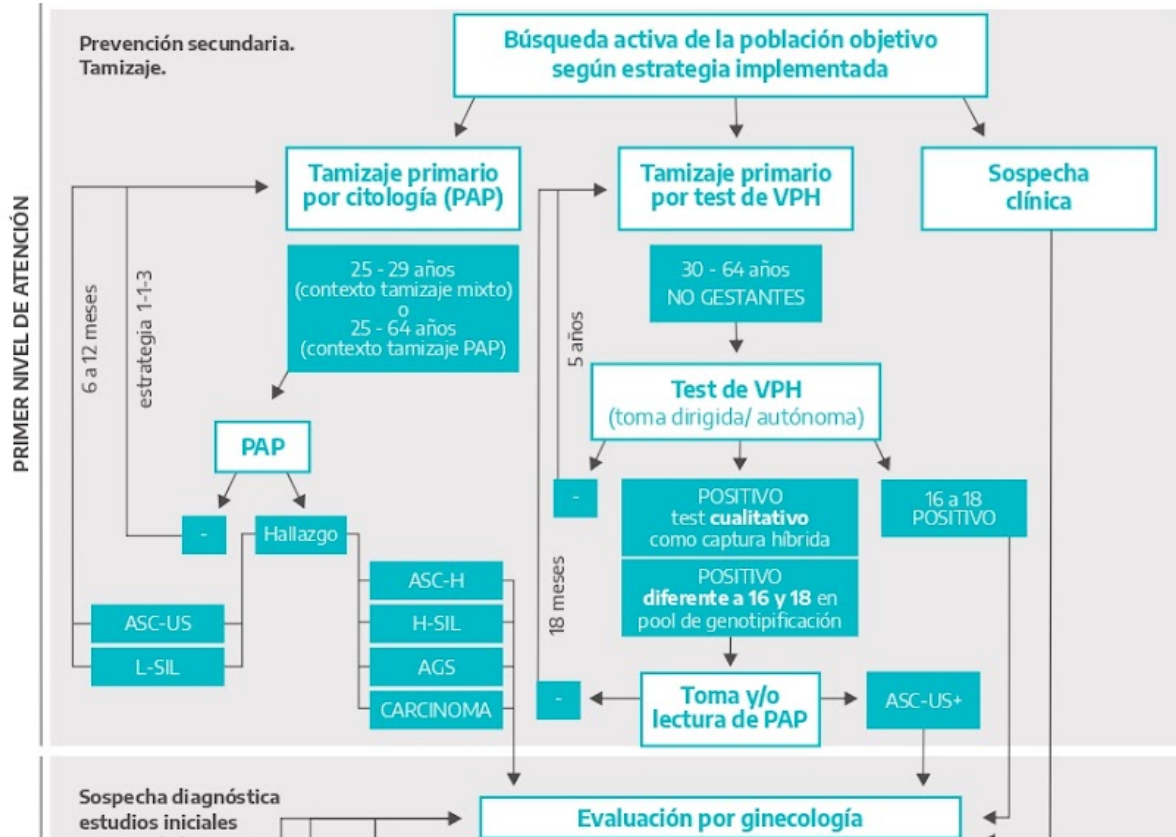
Los **resultados** se clasifican en:

- VPH negativo: no se detectaron en la muestra cepas de VPH de alto riesgo oncogénico. Se deberá repetir el test en 5 años.
- VPH positivo: detección en la muestra de cepas de VPH de alto riesgo oncogénico. Aproximadamente un 13% de las personas que realizan el tamizaje tendrán un test con resultado positivo, el 70% de las personas con CCU es por VPH 16/18. Aquellas personas con test positivo deberán realizar más estudios.
 - VPH positivo sin genotipificación o diferente a 16/18: Se realizará un PAP de triage.
 - VPH positivo 16/18: Se considera a la genotipificación como un triage en sí mismo, estas personas deben ser remitidas a colposcopia/biopsia. En caso que la muestra de VPH haya sido por autotoma y por lo tanto no se cuente con citología, en la evaluación especializada también se realizará la toma y lectura de citología.

PAP (prueba de Papanicolaou o citología cervical)

Se trata de una práctica muy difundida por la cual se aíslan células del cuello uterino para su posterior observación microscópica por especialistas en anatomía patológica. Es una técnica operador-dependiente, tanto para su recolección como para su interpretación. Para su realización, se aconseja que la persona a la que se le tomará la muestra no se encuentre menstruando. Es importante remarcar que un sangrado ginecológico no menstrual no debe ser una barrera para la evaluación ginecológica y eventual realización de PAP.

La toma de muestra se realiza en consultorio, en cualquier efector de salud que cuente con recursos materiales y personal previamente capacitado en la técnica. La toma de la muestra es de las células que exfolian, del exocérnix y el canal endocervical (a las personas gestantes no se les realizará toma



endocervical).

El resultado del PAP se informa según el sistema Bethesda que se utiliza internacionalmente. Se clasifica por separado las anomalías de las células escamosas y de las células glandulares.

- Negativo para lesión intraepitelial: corresponde a todas aquellas muestras en las que no se identificaron células con anomalías neoplásicas. Si fue un PAP de tamizaje se invita a la persona a repetir el PAP en 1 o 3 años según PAP previo; si el PAP se realizó a partir de un VPH positivo como triaje, se repetirá el test de VPH en 18 meses.

- Insatisfactorio: la muestra no fue adecuada para su interpretación. Ante este resultado, debe repetirse la toma de muestra, previo tratamiento de entidades que dificultan su lectura de ser necesario.

- Las anomalías de las células escamosas se dividen en las siguientes categorías, las cuales varían de las más leves a las más graves. Las células escamosas atípicas (Atypical squamous cells, ACS) son el resultado anormal más común de las pruebas de Papanicolaou. El Sistema Bethesda divide esta categoría en dos grupos: ASC-US y ASC-H.

*ASC-US: células escamosas atípicas de significado indeterminado.

*ASC-H: células escamosas atípicas, no pueden excluir una lesión intraepitelial escamosa de alto grado.

*L-SIL: Lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado. Se consideran anomalías leves causadas por una infección por VPH. En muchos casos, las LSIL revierten al ser controladas por el sistema inmunitario, especialmente en personas más jóvenes.

*H-SIL: Lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado. Son anomalías más graves que tienen una probabilidad mayor de evolucionar a lesiones malignas si no reciben tratamiento.

*Carcinoma in situ (CIS) se refiere a células gravemente anómalas, pero permanecen en la superficie del cuello uterino y no han invadido con más profundidad.

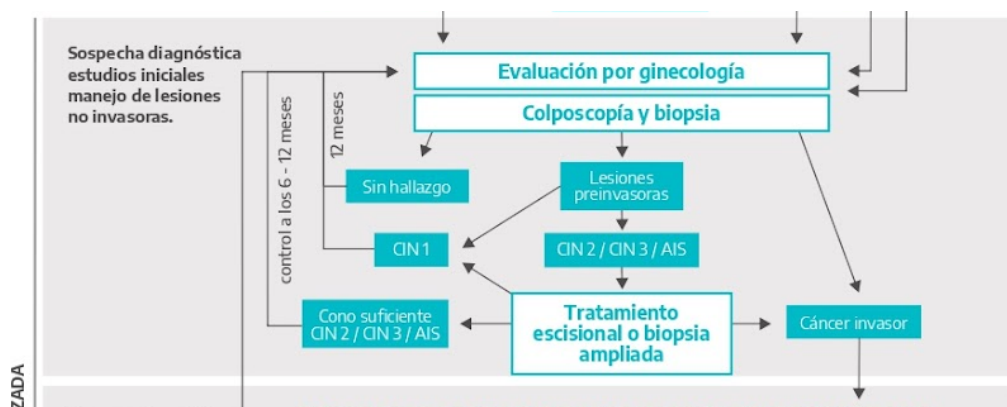
- Las anomalías de las células glandulares describen cambios anormales que ocurren en los tejidos glandulares del cérvix. El sistema Bethesda divide estas anomalías en las siguientes categorías:

*AGC - Células glandulares atípicas, significan que las células no parecen normales, pero no hay certeza del significado de los cambios celulares.

*AIS - Adenocarcinoma endocervical in situ, significa que se han encontrado células con graves anomalías pero que no se han diseminado más allá del tejido glandular del cérvix. El adenocarcinoma incluye no solamente al cáncer del canal endocervical mismo, sino también, en algunos casos, el cáncer endometrial, el cáncer extrauterino y otros.

Las conductas a seguir según resultado del PAP patológicos se detallan en el apartado siguiente

3. Sospecha diagnóstica, estudios iniciales y manejo de lesiones no invasoras



Ante un tamizaje primario y una prueba de triage positivos: VPH+ PAP ASCUS+ / VPH 16/18+ / PAP ASC-H+, se realizará una colposcopia y eventual toma de biopsia.

En contexto de tamizaje por PAP, con hallazgos ASCUS se repetirá el PAP a los 6 meses a partir de los 30 años y a los 12 meses en menores de 30 años; en caso de resultado LSIL se repetirá PAP con colposcopia a los 6 meses a partir de los 30 años y a los 12 meses en menores de 30 años.

Las lesiones precursoras como el CCU suelen crecer lentamente y, en la gran mayoría de los casos, no presentan ninguna sintomatología, por lo que el tamizaje es de suma importancia para su diagnóstico. Quienes no acceden al tamizaje y desarrollan lesiones avanzadas, pueden presentar síntomas, generalmente sangrado vaginal anormal (intermenstrual o asociado a las relaciones sexuales vaginales) o dolor y molestias hipogástricas. Estos casos representan la minoría del total de personas con CCU.

Colposcopia: es una práctica que se realiza en aquellas personas que presentan una citología patológica, no se debe utilizar como método de tamizaje. Permite localizar cambios en el tejido en el cuello uterino y la realización de biopsias de ser necesario. Debe ser efectuada por profesionales capacitados en la práctica y con recursos físicos adecuados.

Biopsia: es un procedimiento que permite la obtención de una muestra del cuello uterino para posteriormente ser analizada microscópicamente por profesionales de anatomía patológica. Se realiza de manera dirigida, guiada por los hallazgos colposcópicos. Ante la presencia de lesiones de gran tamaño, se indica la realización de varias tomas de biopsia en distintos sitios de la misma. Si la lesión contacta el orificio cervical externo (OCE) o se introduce en él, se puede realizar un curetaje del canal endocervical para obtener material para su análisis histopatológico.

Ecografía transvaginal (Eco TV): es un estudio por imágenes que permite evaluar la cavidad endometrial de manera no invasiva. Se realiza, como estudio complementario, en personas que presenten células glandulares atípicas en el resultado de la citología, especialmente en personas que presentan sangrado de la post menopausia.

Clasificación de lesiones preneoplásicas histológicas (anatomía patológica):

- CIN 1: la lesión está confinada al 1/3 basal del epitelio cervical, se encuentran células un poco anormales en la superficie del cuello uterino, no es cancerosa y es frecuente que desaparezca sin tratamiento, se llamaba displasia de grado bajo o displasia leve. Aquellas personas que presentan un PAP patológico y una biopsia con lesión CIN 1, deberán realizar seguimiento a los 12 meses con test de VPH y toma conjunta de PAP.

Las personas con diagnóstico de CIN 1 con una citología previa de ASC-H o HSIL, o diagnóstico histológico CIN1 persistente, deben recibir tratamiento (escisional o LLETZ); si el mismo persiste 12-24 meses, ya que presentan mayor riesgo de progresión.

- CIN 2-3 - CIS: En el CIN II, las células atípicas ocupan los dos tercios inferiores del epitelio, mientras que el tercio superior es normal, en el CIN III la atipia alcanza todo el espesor del epitelio. Las personas con diagnóstico de CIN 2 o CIN 3 o CIS deben ser sometidas a procedimiento de biopsia ampliada (LEEP o conización), a menos que se encuentren gestando, en tal caso deben realizar control colpo-citológico y reevaluación a las 12 semanas posteriores al parto.

- Adenocarcinoma in situ (AIS): Si se confirma el compromiso endocervical se debe realizar una conización quirúrgica con bisturí frío para evaluación histopatológica de los márgenes. En personas con deseos de paridad cumplida se recomienda histerectomía posterior ya que existe asociación documentada entre las lesiones precursoras glandulares y el adenocarcinoma.

Evaluación del canal endocervical. La valoración del endocérvix es un paso importante en el contexto de la patología intraepitelial cervical. El hallazgo de un 25% de lesiones intraepiteliales endocervicales con citologías normales expresa la proporción de verdaderos falsos negativos que tiene la citología para predecir la afección endocervical. La importancia de la sospecha citológica se correlaciona estrechamente con la mayor complejidad de la histología del canal. Se hace imprescindible la valoración del canal endocervical, siempre que una lesión intraepitelial se diagnostique de exocérvix; sobre todo si es HSIL y aunque la colposcopia sea satisfactoria sin lesión evidente.

Tratamiento escisional o biopsia ampliada: este tipo de tratamientos se aplican al manejo de las lesiones precursoras del CCU, tiene finalidad diagnóstica y terapéutica en el mismo acto. También se utiliza en el caso de discordancias entre citología, colposcopia y biopsia.

- LEEP (escisión electroquirúrgica con asa) - LLETZ: escisión con asa grande de la zona de transformación

- Conización con bisturí frío

Recomendaciones post-tratamiento:

- Reposo, especialmente los 3-4 primeros días. Posteriormente limitar la actividad física vigorosa durante los 10 días siguientes.
- Evitar sumergirse en agua o realizar duchas vaginales o usar tampones vaginales las primeras 3-4 semanas.
- Evitar tener relaciones sexuales las primeras 4 semanas tras el tratamiento.
- Es normal el sangrado vaginal escaso o moderado (inferior a la menstruación) o la pérdida de flujo rosado u oscuro en cantidad variable durante los días posteriores al tratamiento.

Control luego de un tratamiento. Se recomienda que una persona que ha sido tratada por HSIL (CIN2/3) debería realizarse una prueba conjunta (co-test) a los 6-12 meses después del tratamiento, hasta que se obtenga una prueba conjunta negativa en dos ocasiones consecutivas. A partir de este momento puede incorporarse a la evaluación rutinaria (recomendación basada en el consenso)

4. Diagnóstico y Estadificación



Diagnóstico de enfermedad microinvasiva:

El diagnóstico de los estadios IA1 y IA2 se realiza mediante el examen microscópico de una muestra de biopsia en cono, obtenida mediante LEEP o conización con bisturí frío, que incluye toda la lesión. También se puede hacer en un espécimen de traquelectomía o histerectomía. La profundidad de invasión no debe ser mayor de 3 o 5 mm, respectivamente, desde la base del epitelio. La dimensión horizontal ya no se considera en la revisión FIGO de 2018, ya que no se ha demostrado que afecte la supervivencia.

Diagnóstico de enfermedad invasora:

En el caso de lesiones visibles, una biopsia en sacabocados generalmente puede ser suficiente para el diagnóstico, pero si no es satisfactoria, puede ser necesaria una pequeña biopsia en asa o en cono.

Estadificación:

El cáncer de cuello uterino invasivo se disemina por extensión directa al parametrio, la vagina, el útero y los órganos adyacentes, es decir, la vejiga y el recto. También se propaga a lo largo de los canales linfáticos a los ganglios linfáticos regionales, a saber, obturador, ilíaco externo, ilíaco interno, y de ahí a los ganglios ilíacos comunes y paraaórticos. Las metástasis pulmonares, hepáticas y óseas por vía hematogena son un fenómeno tardío.

El proceso de estadificación se utiliza para evaluar la diseminación del cáncer invasor en el organismo. El mismo comprende distintas evaluaciones. La evaluación clínica implica inspección, palpación

bimanual (tacto vaginal y palpación abdominal) y examen recto-vaginal bajo anestesia. Además, se recomiendan distintos estudios complementarios que incluyen laboratorio de rutina, radiografía de tórax, resonancia magnética (RMN) y tomografía computada (TC). En el caso de no tener acceso a RMN o TC, se puede evaluar la vía urinaria y tracto digestivo inferior mediante urograma excretor, colon por enema, cistoscopia y rectoscopia.

Estadio I: El carcinoma está estrictamente confinado al cuello uterino

- A Carcinoma invasivo que puede diagnosticarse sólo por microscopía
- B Carcinoma invasivo con invasión más profunda que puede diagnosticarse macroscópicamente

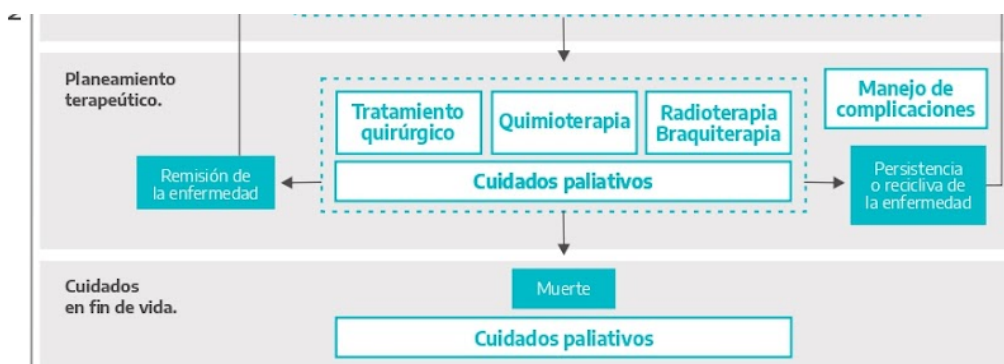
Estadio II: El carcinoma invade más allá del útero, pero no se ha extendido al tercio inferior de la vagina ni a la pared pélvica

Estadio III: El carcinoma afecta el tercio inferior de la vagina y/o se extiende a la pared pélvica y/o causa hidronefrosis o insuficiencia renal y/o afecta los ganglios linfáticos pélvicos y/o paraaórticos

Estadio IV: El carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis verdadera o ha afectado (probado por biopsia) la mucosa de la vejiga o el recto. Un edema ampoloso, como tal, no permite asignar un caso a la Etapa IV.

Desde el momento del diagnóstico y en etapa de estadificación, se recomienda el abordaje temprano de **Cuidados Paliativos**. La experiencia clínica sugiere que de esta manera se puede conseguir un control sintomático en gran número de estas pacientes, el mismo contempla múltiples dimensiones a tratar frente a un diagnóstico oncológico, no sólo impacto físico sino también psicosocial. Las personas con diagnóstico de enfermedad oncológica atraviesan distintas etapas en la elaboración del duelo. Vale aclarar que si bien el mismo se asocia a final de vida, tanto la paciente y familia se ven obligados a elaborar distintas pérdidas, la salud, su rol social, su imagen corporal, proyectos personales, entre otros.

5. Planeamiento terapéutico



Tratamiento: el tratamiento del CCU se basa sobre todo en la cirugía y la radioterapia, la quimioterapia se utiliza como complemento, no como abordaje principal.

- Cirugía: el tipo de intervención quirúrgica a realizar dependerá de la extensión de la enfermedad y su estadio y variará desde la conización hasta la histerectomía radical. En algunas situaciones de enfermedad muy avanzada incluso puede realizarse una exenteración pélvica.
- Radioterapia y/o Braquiterapia: se utiliza con intención curativa y como terapia adyuvante en aquellas personas que ya fueron sometidas a intervenciones quirúrgicas, para evitar recurrencias. Además se puede utilizar con intención paliativa para el control de síntomas persistentes, como el sangrado vaginal abundante o el dolor refractario a tratamiento farmacológico.
- Quimioterapia: Terapia sistémica como monodroga o combinada, se emplea como quimiorradioterapia concurrente o quimioterapia adyuvante adicional

Opciones de tratamiento estándar del cáncer de cuello uterino

- Carcinoma de cuello uterino in situ (la FIGO no reconoce este estadio): Conización, Histerectomía para pacientes en edad posreproductiva, braquiterapia para pacientes inoperables desde el punto de vista médico,
- Cáncer de cuello uterino en estadio IA: Conización, Histerectomía total, Histerectomía radical modificada con linfadenectomía, Traquelectomía radical, braquiterapia.
- Cáncer de cuello uterino en estadios IB y IIA: Radioterapia con quimioterapia simultánea, Histerectomía radical y linfadenectomía pélvica bilateral con radioterapia pélvica total y quimioterapia o sin estas, Traquelectomía radical, Quimioterapia neoadyuvante, Radioterapia sola, Radioterapia de intensidad modulada.
- Cáncer de cuello uterino en estadios IIB, III y IVA: Radioterapia con quimioterapia simultánea, Braquiterapia intersticial, Quimioterapia neoadyuvante.
- Cáncer de cuello uterino en estadio IVB: Radioterapia paliativa, Quimioterapia paliativa y otras terapias coadyuvantes.
- Cáncer de cuello uterino recidivante: Radioterapia y quimioterapia, Quimioterapia paliativa y otra terapia sistémica, exenteración pélvica.

Cuidados paliativos

Los CCPP no tienen por finalidad la cura, sino que son un planteamiento que busca mejorar la calidad de vida de las/los pacientes y sus allegados cuando afrontan una enfermedad amenazante para la vida, como el cáncer (OMS, 2013). El equipo de Cuidados Paliativos deberá detectar y atender los diversos síntomas que podrían presentar las/los pacientes con CCU entre ellos: dolor pre-post quirúrgico, metrorragias, tenesmo urinario, espasmo vesical, hematuria, leucorrea, manejo de los efectos secundarios del tratamiento onco-específicos (anemia, astenia, pérdida del cabello, náuseas y vómitos, reacciones cutáneas, etc), dolor post braquiterapia. efectos adversos habituales de los analgésicos opioides y adyuvantes entre otros. Ello puede provocar repercusiones a nivel subjetivo en la/el paciente y su entorno significativo, afectando su imagen corporal suscitando cambios en la manera de socializar tanto en sus vínculos familiares como laborales, pudiendo desencadenar episodios de angustia, vivencias de soledad, malestar emocional entre otros síntomas que requieren abordaje del equipo de CCPP. La sexualidad es una temática que ha de ser abordada ya que las alteraciones corporales pueden ocasionar alteraciones en la vida sexual. Es muy importante incluir el abordaje de la preservación de la fertilidad.

6. Desencadenantes post tratamiento y manejo de complicaciones

Remisión: es la disminución o desaparición de la signosintomatología del CCU. Puede significar en la desaparición de las células neoplásicas, aunque no siempre es el caso, ya que puede haber remisiones parciales en las que el tumor disminuye su tamaño pero no desaparece completamente.

Seguimiento: Debido a la posibilidad de recurrencia, sobre todo en los primeros 36 meses posteriores al tratamiento inicial, es importante que las personas que hayan recibido tratamiento por CCU continúen con controles médicos durante al menos 5 años. Se recomienda una frecuencia de seguimiento cada 3-4 meses los primeros 3 años, cada 6 meses hasta los 5 años y luego anualmente. En las consultas de seguimiento se debe realizar anamnesis y examen físico y se deben abordar las complicaciones de los eventuales tratamientos recibidos. No está indicada la exploración con estudios de imágenes de manera rutinaria. El seguimiento también debe estar acompañado de una contrarreferencia al PNA.

Recurrencia: se denomina recurrencia a la aparición de lesiones tumorales posterior a un tratamiento efectivo del CCU. Suelen aparecer en los primeros 3 años posteriores al tratamiento en los ganglios linfáticos regionales (pélvicos o paraaórticos), aunque también puede ocurrir en sitios distantes, generando metástasis. La aparición de lesiones recurrentes es de muy mal pronóstico y suele desencadenar en la muerte de la persona, por lo que los cuidados paliativos son especialmente importantes en estos casos.

Ante la recurrencia o persistencia de la enfermedad, se deberá re-estadificar a la persona para afrontar un nuevo planteamiento terapéutico.

Manejo de complicaciones

El abordaje de los síntomas y sus complicaciones en cuidados paliativos es dinámico, dentro de las más frecuentes pueden aparecer fístulas vaginales, proctitis actínica, uropatía obstructiva, manejo de catéteres, metrorragias, entre otros. Se debe tener en cuenta la situación funcional a la hora de planear estrategias de intervención. Se ha de balancear aquellas intervenciones como estudios invasivos que no aportaran beneficios y no repercuten de manera positiva en el pronóstico vital de las personas. En cambio si el estado funcional es bueno se justifican otro tipo de intervenciones que pueden mejorar la calidad de vida. Que no se puedan realizar tratamientos onco específicos no implica que *no hay nada más que hacer*.

7. Cuidados en fin de vida



Últimos días de vida: atención a la agonía. Se trata de un periodo de tiempo con un inicio, a veces insidioso y un final que es la propia muerte. También se utiliza el término situación de últimos días (SUD) porque incorpora la idea de proceso en el tiempo. Es una situación que identifican tanto el

equipo, la familia y la propia paciente, en función de la evolución de una serie de parámetros de la enfermedad, de síntomas o signos que presenta el paciente o la falta de respuesta al tratamiento vital básico aplicado. Los objetivos esenciales en esta situación son:

- Acompañamiento
- Confort
- Prevención de las crisis
- Control de síntomas y situaciones específicas
- Prevención del duelo patológico

Cuanto más cercana está la muerte más cambiante es la situación, por lo que el equipo ha de revisar más frecuentemente las estrategias. La comunicación debe de mantenerse constante en la relación con la paciente y su entorno. Frente a la aparición de síntomas refractarios tales como delirium, disnea, dolor, hemorragias, sufrimiento existencial, entre otros, se ofrece *sedación paliativa*. Es de vital importancia explicar los efectos esperados de la disminución de la conciencia los cuales apuntan a la mejoría del distress.

La atención domiciliaria en el área de los Cuidados Paliativos para abordar a personas en últimos días de vida es el ideal donde se requiere una coordinación entre el sistema de salud, el equipo, la familia y el entorno. No sólo se benefician la persona y su familia sino también el sistema de salud, ya que se evitarán internaciones hospitalarias largas y de alto costo. Se ha demostrado un apropiado control de síntomas de la persona enferma y logrado una alta conformidad de la familia cuando se realizan los cuidados paliativos a través de un sistema organizado.

Bibliografía

Arrossi S, et al. Instituto Nacional del Cáncer. Prevención del cáncer cervicouterino : recomendaciones para el tamizaje, seguimiento y tratamiento de mujeres en el marco de programas de tamizaje basados en el test de VPH: actualización 2015. Ministerio Salud de la Nación / INC

Bhatla N, et al. Cancer of the cervix uteri: 2021 update. *Int J Gynaecol Obstet.* 2021 Oct;155 Suppl 1(Suppl 1):28-44.

Bouvard V, et al. The IARC Perspective on Cervical Cancer Screening. *N Engl J Med.* 2021 Nov 11;385(20):1908-1918.

Castillo-Salgado; Fernández G y col Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. Organización Panamericana de la Salud, 2011 Segunda Edición Revisada

Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (CONETEC). Informe de evaluación de tecnologías sanitarias N° 11. Test de VPH en estrategia de screening primario para detección de cáncer cervicouterino. 2021.

Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. *O Trab em Saúde olhando e Exp o SUS no Cotid.* 2003;002:125-34

Katz N, et al. Vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) 2017. Incorporación de la vacunación contra VPH en varones, fortalecimiento de la vacunación contra VPH en mujeres. Lineamientos técnicos, manual del vacunador. 2017. Ministerio de Salud de la Nación.

Koliopoulos G, et al. Cytology versus HPV testing for cervical cancer screening in the general population. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 8. Art. No.: CD008587.

Kubler-Ross,E et al. Sobre el duelo y el dolor; Group Editorial 62, SLU, 2015. Ed. Luciérnaga ISBN: 978-84-15864-90-5

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Vol. 15, *Ciência & Saúde Coletiva.* 2010. 2297-2305 p.ç
Schrijvers G, van Hoorn A, Huiskes N. The care pathway: Concepts and theories. *Int J Integr Care.* 2012;12(September)

OMS; International agency for research on cancer.The Global Cancer ObservatoryDecember, 2020

OPS. Incorporación de la prueba del virus del papiloma humano en programas de prevención de cáncer cervicouterino. Manual para gerentes de programas de salud. Washington, DC : OPS, 2016.

OMS. Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema de salud pública. [Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

OMS. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, second edition. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Sociedad Argentina de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia (SAPTGLyC), Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA). Guía "Prevención primaria y secundaria del cáncer cervicouterino: Manejo del tamizaje anormal y de las lesiones histológicas de cuello uterino". 2022