

Cáncer cervicouterino dentro del Plan de Garantías Explícitas en Salud

Carlos Zamorano¹, Julieta Sepúlveda¹, Mauricio Fonseca¹, Fernando Henríquez¹,
Carlos Illanes¹, Nicolás Fernández¹, Daniela Bustos¹ & Eladio Barriga²

1 Licenciado en Tecnología Médica, U. de Concepción, Chile

2 Estudiante de Tecnología Médica mención Morfofisiopatología y Citodiagnóstico, U. de Concepción, Chile

Introducción

El cáncer cérvico uterino es uno de los principales problemas de la mujer a nivel mundial, y presenta una tendencia creciente, anualmente se producen cerca de 10 millones de casos nuevos de cáncer, esperándose cerca de 15 millones para el año 2020, esto según estimaciones de la OMS. De estos casos cerca de 466.000 corresponden a cáncer de cuello uterino, posicionándose como la tercera causa de muerte por cáncer en mujeres, a nivel mundial, superado solo por el cáncer de mama y pulmón. En cáncer de cuello uterino corresponde a un crecimiento neoplásico de las células del epitelio del cérvix que resulta en invasión local y diseminación sistémica, lo que puede llevar eventualmente a la muerte de la afectada. Sin embargo, pese al oscuro panorama, el cáncer de cuello uterino es una patología que puede ser tratada y, mejor aún, prevenida mediante la aplicación del test de Papanicolaou (Pap).

El test de Papanicolaou es un examen citológico, en que se extraen células descamadas de forma mecánica del cuello del útero y se extienden sobre un portaobjeto, para luego aplicar la tinción citológica que le da nombre al examen. Este método ha demostrado ser altamente efectivo en la detección de estados pre-malignos, que anteceden el cáncer y que son de tratamiento, fácil, económico y eficaz, además de proporcionar valiosos datos acerca de la tendencia a desarrollar esta patología en

la población sobre la que se aplica. El método de Papanicolaou, se ha mantenido sin cambios durante décadas, desde su desarrollo en la década del 40, debido a su alta aplicabilidad y eficiencia.

Este examen es tomado en nuestro país como parte de un plan de gobierno, para la prevención del cáncer de cuello uterino, desde el año 87 y desde entonces su cobertura en la población no ha logrado ser total, alcanzado a pesquisar cerca de 2 de cada 3 mujeres (aproximadamente) en nuestro país. Si bien es una matrona u obstetra quien recolecta la muestra, el desarrollo de las técnicas que completan el examen, además de su visualización y diagnóstico, es realizado íntegramente por Tecnólogos Médicos, especialmente capacitados para estas funciones, los que son responsables del correcto funcionamiento del plan de detección precoz.

La correcta aplicación del test, su amplia difusión en la población y por sobre todo el desarrollo de Citotecnólogos capacitados, son puntos clave que serán analizados sobre la base de la experiencia, explicando porque el sistema de detección de cáncer de cuello uterino se basa en un trabajo multidisciplinario del equipo de salud donde participan Ginecólogos, Oncólogos, Patólogos, Tecnólogos Médicos y Obstetras y como esto se traduce en una contribución enorme a la salud de la mujer.

Cáncer de cuello uterino

En primer lugar, se debe aclarar el concepto formal de cáncer de cuello uterino. 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 puede avanzar en etapas de displasia leve, moderada y severa, siendo un fenómeno de desorden y maduración celular, donde se presentan alteraciones citoplasmáticas y nucleares, además de presentarse células de las capas basales en la superficie, frecuentemente asociado a un adelgazamiento de la capa celular. Esta patología finalmente evoluciona a cáncer *in situ* circunscrito a la superficie epitelial y/o cáncer invasor, en el que el compromiso sobrepasa la membrana basal.

Estas lesiones se originan en particular de la zona de transición escamo-columnar, donde el epitelio del cérvix, de tipo escamoso (epitelio simple estratificado), se une con el endocervix, el que posee un epitelio cilíndrico; siendo generalmente una lesión unifocal y mientras se mantenga en etapa *in situ*, suele estar confinado a la zona de transición.

El agente etiológico más fuertemente relacionado con esta afección es el Virus Papiloma Humano (HPV). Ya en 1956, Koss y Durfee describieron cambios “coilocíticos” en el epitelio cervical, esta célula es patognomónica de la presencia de HPV, es decir su presencia es un indicativo inequívoco del virus, y se define como una célula superficial o intermedia, que presenta una gran vacuola peri-nuclear ópticamente vacía, que a veces contiene un material sucio grisáceo y es hidrópica, lo que quiere decir que el virus ha causado un desbalance que provoca una acumulación de agua dentro de la célula, en este caso por el consumo de glicógeno que produce el

virus al citoplasma. El citoplasma al tiempo que se adelgaza, se vuelve más denso en la periferia y su coloración puede variar, siendo comúnmente eosinófilo. Los núcleos pueden presentar alteraciones, pero su relación con respecto al citoplasma se mantiene, pudiendo presentar picnosis, retracción o binucleación. La presencia de coilocitos suele estar acompañada de la presencia de células paraquetósicas, las que presentan una intensa tinción orangeofílica con tinción de Pap. Este virus ha sido asociado además a otras lesiones verrugosas, como por ejemplo, en verrugas de piel, mucosa oral y papilomas laríngeas, además de vulva, pene y ano, frecuentemente asociado a coexistencia con signos de malignidad.

El advenimiento de técnicas de biología molecular a traído cambios en la forma de diagnosticar, y busca eliminar problemas como los falsos negativos, estas técnicas implican detección de pequeñas moléculas, como fragmentos de ADN, para detectar la presencia de ciertos rasgos en una muestra que orienten o derechamente entreguen un diagnóstico acerca de la procedencia de la muestra, entre estas técnicas se encuentra por ejemplo la PCR, que le valió el premio nobel de química a su creador, Kary mullis, con la que se puede tipificar el virus. Así se han caracterizado las cepas de mayor importancia, como las cepas HPV-16 y HPV-18, que están frecuentemente asociadas a un comportamiento más agresivo, es decir de evolución rápida y frecuente a displasia severa y lesiones malignas pre-invasoras, que podrían evolucionar a un cáncer invasor.

Se ha discutido mucho acerca del mecanismo del efecto carcinogénico del virus en el cáncer de cuello uterino, sugiriéndose que tiene un rol central en la inactivación epigenética de p53 y/o rB, genes que regulan la división celular normal, el primero, apuntado a la reparación del ADN, y el segundo,

induce factores necesarios para el avance en el ciclo celular.

Las primeras investigaciones acerca de cáncer indicaban que la presencia de mutaciones en p53 y la presencia de HPV era completamente incompatibles, sin embargo recientemente a aparecido evidencia científica de tumores en que coexisten ambos fenómenos.

Se ha determinado perfectamente que la identificación, diagnóstico y erradicación de los precursores de cáncer cervicouterino previene el desarrollo de carcinoma invasor de cuello uterino. Estos cambios, o alteraciones pre malignas, comienzan con la agresión por el virus papiloma humano y/o la aparición de neoplasia intraepitelial, la que es gradual, comenzando con un primer grado o displasia leve, también llamado NIE I, en que la diferenciación es normal, pasando a una segunda etapa, o NIE II, en que la displasia es moderada y la diferenciación es menor, para finalmente derivar en la aparición de la NIE III, displasia severa o carcinoma *in situ*.

Plan GES (Garantías Explícitas en Salud)

El plan GES o AUGE es una iniciativa impulsada por el gobierno, que entro en vigencia el 1 de julio del 2005, en que se garantiza la atención de enfermedades de gran impacto, con ciertos parámetros de protección y calidad. Si bien el termino GES es el nombre oficial en este momento, la sigla AUGE se ha mantenido por ser el de mayor popularidad en la población y significar lo mismo. El plan GES se aplica a todos los beneficiarios de FONASA e ISAPRES, aunque con distintos planes de financiamiento, se busca que el impacto económico sea justo, por tanto los usuarios de los tramos C y D, pagaran más que los de tramos inferiores.

El plan GES define algunos aspectos tales como, oportunidad, acceso, calidad y protección financiera. En cuanto a la **oportunidad**, existe el compromiso de cumplir plazos para entregar las prestaciones de salud para cada enfermedad, los que deben ser respetados por los aseguradores de salud. En cuanto al **acceso**, se garantizan prestaciones como diagnóstico, que incluye consultas medicas y exámenes, tratamiento integral, que incluye procedimientos médicos, días cama, fármacos, tratamientos quirúrgicos y prótesis; además se asegura rehabilitación y seguimiento médico, como controles y visitas.

En cuanto a la **calidad**, se comprometen aspectos legales que avalan las distintas prestaciones en salud incluidas dentro del plan, que sean realizadas por prestadores, tanto en lo referente a institución como a profesional de las salud, los que estarán acreditados frente al ministerio de salud para llevar a cabos las prestaciones. Finalmente con respecto a la **financiación**, el plan GES define un tope máximo de pago, para cada prestación y para todo el proceso médico, aunque éste es diferenciado para cada asegurador de salud, para el caso de FONASA el pago es diferenciado según el grupo al cual pertenece el afiliado, mientras que para el caso de ISAPRES, se establece un copago del 20% de las prestaciones según el arancel de referencia.

El funcionamiento para atenerse al plan GES o AUGE es simple, pues las instituciones y los profesionales de la salud están obligados a no ignorar ningún paso de la información de una enfermedad cubierta por el plan, es decir en primer lugar, ante la sospecha de un enfermedad, se debe asistir a un centro asistencial el que puede dar como resultado un diagnóstico, ya sea inmediato o luego de realizarse algunos

exámenes. Luego de eso el paciente sabrá si lo que padece es una enfermedad dentro del plan y cómo será el tratamiento y la rehabilitación.

GES en Cáncer Cérvico uterino

Con respecto a las garantías de acceso, toda mujer beneficiaria con sospecha tendrá acceso a diagnóstico, con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento y seguimiento, y con recidiva tendrá acceso a diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Además, tendrá garantías de oportunidad como:

• DIAGNOSTICO

1. Lesión Pre-invasora:

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

2. 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

1. Lesión pre-invasora dentro de 30 días desde confirmación diagnóstica.
2. Cáncer Invasor dentro de 20 días desde etapificación.

• SEGUIMIENTO

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

Las Garantías de Calidad, se aplican directamente en donde los casos con confirmación histológica de Cáncer Cervicouterino Invasor y estos accederán a tratamiento según Protocolo en un plazo máximo de 30 días desde su indicación.

Bibliografía

- MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Cáncer Cervicouterino 2. 1st Ed. Santiago: Minsal, 2005.
- MINISTERIO DE SALUD. Así funciona el AUGE. Santiago: minsal, 2006.
- Centro de preguntas frecuentes. Superintendencia de salud del Gobierno de Chile. Disponible en: <http://www.supersalud.cl/consultas/570/propertyname-536.html>

Todos los autores aportaron de forma similar al contenido de este artículo.

www.morfocitologia.blogspot.com