

# **XVIII CONGRESO NACIONAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 2017**

**“CONTRIBUYENDO A LA SALUD SEXUAL Y  
REPRODUCTIVA DE LA MUJER COMO PILAR  
DEL DESARROLLO HUMANO”**

**DEL 22 AL 24 DE MARZO DE 2017  
HOTEL CROWNE PLAZA, SAN SALVADOR**



# GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE LESIONES PREMALIGNAS DE CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO



2016



Ejecución técnica a cargo de:

*“¿...CÓMO PODREMOS TENER SERVICIOS DE SALUD MÁS RACIONALES Y EFECTIVOS  
SI NO SABEMOS CUÁLES DE LAS COSAS QUE HACEMOS SON ÚTILES, CUÁLES NO  
TIENEN NINGUNA UTILIDAD Y CUÁLES MÁS BIEN PRODUCEN DAÑO?”*

Cochrane, A. L. (1985). *Eficacia y eficiencia. Reflexiones al azar  
sobre los servicios sanitarios. Salud Pública*. Salvat Editores.

<b>EQUIPO CONDUCTOR Y METODOLOGICO</b>	<p><i>Mario Tristán López, director de desarrollo metodológico y Director de la Fundación IHCAI.</i></p> <p><i>María Tjitske Vreugdenhil, médica, desarrolladora metodológica del equipo condutor de la Fundación IHCAI.</i></p> <p><i>Leonardo Orozco Saborio, médico ginecólogo y obstetra, desarrollador metodológico del equipo condutor de la Fundación IHCAI.</i></p> <p><i>Cinthya Agüero Murillo, médica, equipo condutor de la Fundación IHCAI.</i></p> <p><i>Alonso Umaña, médico, equipo condutor de la Fundación IHCAI.</i></p>
<b>EQUIPO DESARROLLADOR</b>	<p><i>Leonardo Orozco Saborio, coordinador del equipo desarrollo de FECASOG, médico ginecólogo y obstetra de la Caja Costarricense Seguro Social, Hospital de la Mujer Adolfo Carit, Costa Rica.</i></p> <p><i>Alfredo Beitia Samudio, médico ginecólogo y obstetra, Presidente de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología, Caja de Seguro Social, Panamá.</i></p> <p><i>Rodolfo Andrino Alvarez, médico ginecólogo y obstetra, Hospital General San Juan de Dios, Guatemala.</i></p> <p><i>Maria Eugenia García Monge, Presidenta de la Sociedad Nicaragüense de Ginecología y Obstetricia, médica ginecóloga y obstetra del Centro de Atención Primaria Edgard Lang Sacasa, Nicaragua.</i></p> <p><i>Silvia Guerrero Miranda, médica ginecóloga oncóloga, vicepresidente y directora docente del Hospital Monte España, vicepresidenta de la Asociación Nicaragüense de Oncología (ANICO) Nicaragua.</i></p> <p><i>Jorge Cruz González, médico ginecólogo y obstetra, salubrista, El Salvador.</i></p> <p><i>Miguel Guidos Serrano, médico ginecólogo y obstetra, El Salvador.</i></p> <p><i>Wendy Cárcamo Madrid, médico materno fetal del Instituto Hondureño de Seguridad Social, Honduras.</i></p> <p><i>Heriberto Rodríguez Gudiel, médico materno fetal del Hospital San Felipe, Honduras.</i></p>

## ÍNDICE

Índice Algoritmos .....	8
Índice Figuras .....	8
Índice Gráficos.....	8
Índice Tablas .....	9
Prólogo uno.....	10
Prólogo dos .....	11
RESUMEN .....	12
Condición epidemiológica del cáncer de cérvix en Centroamérica .....	23
FORMATOS DE USO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA .....	38
METODOLOGÍA .....	38

**Infección por el virus del Papiloma Humano (HPV):** es el principal factor de riesgo para desarrollar cáncer de cuello uterino. El VPH tiene grupos diversos de virus ADN pertenecientes a la familia de los papilomaviridae y es considerada la principal infección de transmisión sexual <sup>2</sup>(Bernard et al 2013). Existen diferentes cepas de VPH de las cuales el VPH16 y VPH18 son los genotipos más frecuentemente identificados como potencialmente oncogénicos; representan aproximadamente el 50% de los casos de NIC3. En mujeres con infección por VPH de tipo carcinogénico, el riesgo se puede incrementar con las siguientes condiciones <sup>3</sup>(Kjaer et al 2006 – Citado en Dynamed 2015):

- Tabaquismo.
- Uso prolongado de anticonceptivos orales.
- Multiparidad.

Estudios demostraron que las relaciones sexuales sin protección aumentan el riesgo de contraer la infección por el virus de VPH. En un estudio de casos y controles que incluyó 1.913 parejas de 5 diferentes países se demostró que la circuncisión masculina disminuye el riesgo de infección por el virus del Papiloma Humano <sup>4</sup>(Castellsague 2002 – Citado en Dynamed 2015).

**Bajo nivel socioeconómico.** Un estudio realizado en el 2005 en los Estados Unidos que incluyó 5.060 mujeres con citologías cervicales anormales, determinó que el bajo nivel educativo y un nivel socioeconómico bajo aumentaron la progresión de NIC3 <sup>5</sup>(Khan 2005 – Citado en Dynamed 2015).

**Exposición a dietilestilbestrol (DES) in útero.** Un estudio realizado en los Países Bajos demostró que las mujeres cuyas madres recibieron este medicamento durante el embarazo para la prevención del aborto espontáneo también tienen un mayor riesgo de padecer cáncer de cuello uterino o vagina. DES se administró de 1940 hasta 1970 aproximadamente. <sup>6</sup>(Honeyman et al 2000 – Citado en Dynamed 2015).

Abreviatura	Significado
ACG (AGC)	Atipia de Células Glandulares (Atypical Glandular Cells)
ACG-H (AGC-H)	Atipia de Células Glandulares, posible neoplasia. ( <i>Atypical Glandular Cells, neoplasia</i> )
ACG-NOS (AGC-NOS)	Atipia de Células Glandulares No Especificadas ( <i>Atypical Glandular Cells not otherwise specified</i> )
AGREE	<i>Appraisal of Guidelines Research &amp; Evaluation</i>
AIS	Adenocarcinoma In Situ
ASC-H	Atipia Escamosa Incierta Sin Descartar Lesión Intraepitelial de Alto Grado. ( <i>Atypical Squamous Cells, can't exclude HSIL</i> )
ASC-US	Atipia de Células Escamosas de Significado Incierto ( <i>Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance</i> )
CAP	Colegio Americano de Patólogos.
CCU	Cáncer Cervicouterino, Cáncer de Cuello Uterino
ECA	Ensayo Clínico Aleatorizado
EFC	<i>Federación Europea de Colposcopía</i> ( <i>European Federation for Colposcopy</i> )
FN	Falso Negativo
FP	Falso Positivo
GPC	Guía de Práctica Clínica
HSIL	Lesión Escamosa Intraepitelial de Alto Grado ( <i>High grade Squamous Intraepithelial Lesion</i> )
HR	<i>Hazard Ratio</i>
IC	Intervalo de Confianza
IVAA	Inspección Visual con Ácido Acético
IVL	Inspección Visual con Lugol

Abreviatura	Significado
<b>LEEP</b>	Excisión electroquirúrgica con asa (también llamada LLETZ) ( <i>Loop Electrical Excision Procedure</i> )
<b>LLETZ</b>	Exéresis con asa grande de la zona detransformación (también llamada LEEP) ( <i>Large Loop Excision of the Transformation Zone</i> )
<b>LSIL</b>	Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado. ( <i>Low grade Squamous Intraepithelial Lesion</i> )
<b>NIC (CIN)</b>	Neoplasia Intraepitelial Cervicouterina ( <i>Cervical Intraepithelial Neoplasia</i> )
<b>NNH</b>	Número Necesario a Dañar ( <i>Number Needed to Harm</i> )
<b>NNT</b>	Número Necesario a Tratar ( <i>Number Needed to Treat</i> )
<b>NNV</b>	Número Necesario a Vacunar ( <i>Number Needed to Vaccinate</i> )
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OR</b>	<i>Odds Ratio</i>
<b>RR</b>	Riesgo Relativo
<b>RS</b>	Revisión Sistemática
<b>Vacuna VPH2</b>	Vacuna contra VPH Bivalente
<b>Vacuna VPH4</b>	Vacuna contra VPH Tetravalente
<b>Vacuna VPH9</b>	Vacuna contra VPH 9-valente
<b>VN</b>	Verdadero Negativo
<b>VP</b>	Verdadero Positivo
<b>VPH</b>	Virus del Papiloma Humano
<b>VPH-AR</b>	Virus del Papiloma Humano de Alto Riesgo Oncogénico
<b>VPH8</b>	VPH genotipo 8
<b>VPH16</b>	VPH genotipo 16
<b>ZT</b>	Zona de Transformación

La disponibilidad de los datos de mortalidad: las estadísticas nacionales son organizadas y puestas a disposición por la OMS para los países con registro civil o registros vitales.

1. Alta calidad \* registros vitales.
2. Calidad Media \* registros vitales.
3. La baja calidad \* registros vitales
4. Registro civil incompletos o datos obtenidos por muestra.
5. Otras fuentes (registros de cáncer, estudios de autopsias verbales etc.).
6. No hay datos. \* Criterios definidos en Mathers et al. (2005).

### Calidad de los datos de incidencia y mortalidad por cáncer según la calificación de

GLOBOCAN- 2015

País	Fuente de Datos		Métodos	
	Incidencia	Mortalidad	Incidencia	Mortalidad
Panamá	G	2	5	1
El Salvador	G	2	5	1
Guatemala	G	2	5	2
Honduras	G	6	5	6
Nicaragua	G	3	5	1
Costa Rica	A	2	1	1

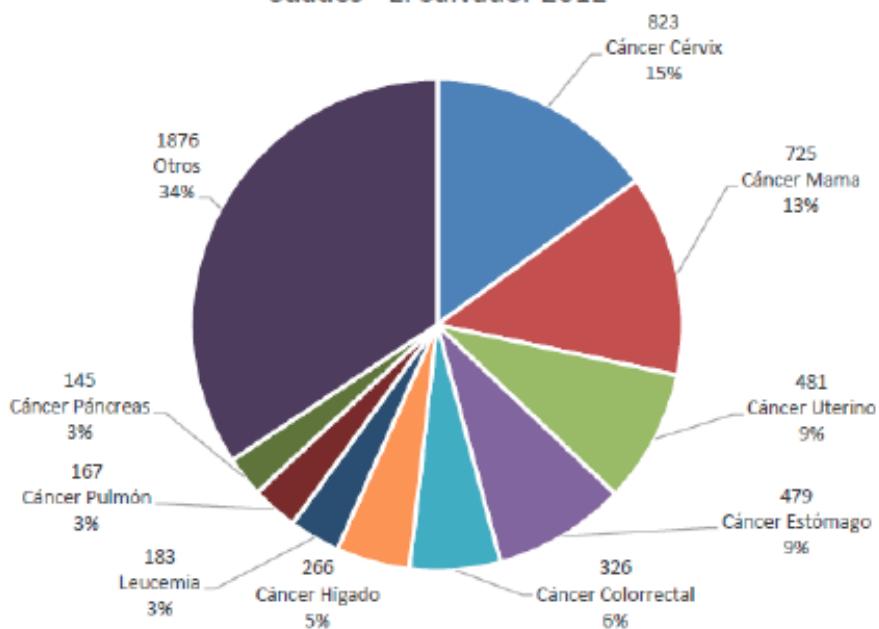
Clave : La disponibilidad de datos de incidencia:

- A. Alta calidad \* de datos nacional o regional de alta calidad (cobertura mayor del 50%).
- B. Alta calidad \* regional (cobertura de entre el 10% y el 50%).
- C. Alta calidad \* regional (cobertura inferior al 10%).
- D. Datos Nacionales (tasas).
- E. Los datos regionales (tasas).
- F. Los datos de frecuencia.

## El Salvador

### Gráfico N. 9 - Incidencia, prevalencia a 5 años y mortalidad de cáncer estimado en mujeres en todas las edades – El Salvador 2012.

Incidencia de cáncer estimada en mujeres de todas las edades - El Salvador 2012



Según los datos tomados de GLOBOCAN 2012, al considerar todos los cánceres que la población femenina puede presentar; la incidencia para el cáncer del cuello uterino durante el 2012 en El Salvador se ubicó en el puesto número uno (15.0%).

## Pasos del Método RAPADAPTE.

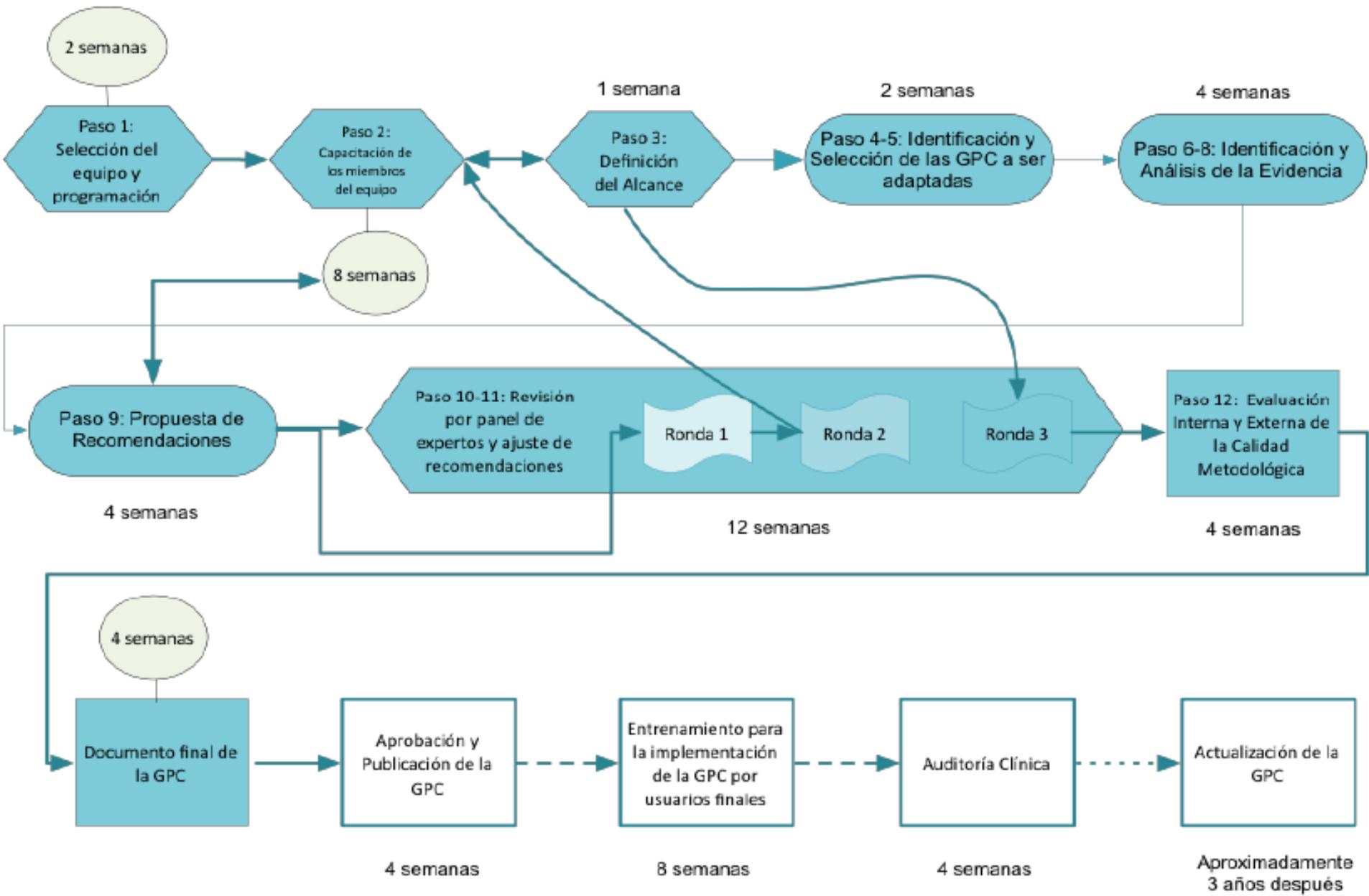
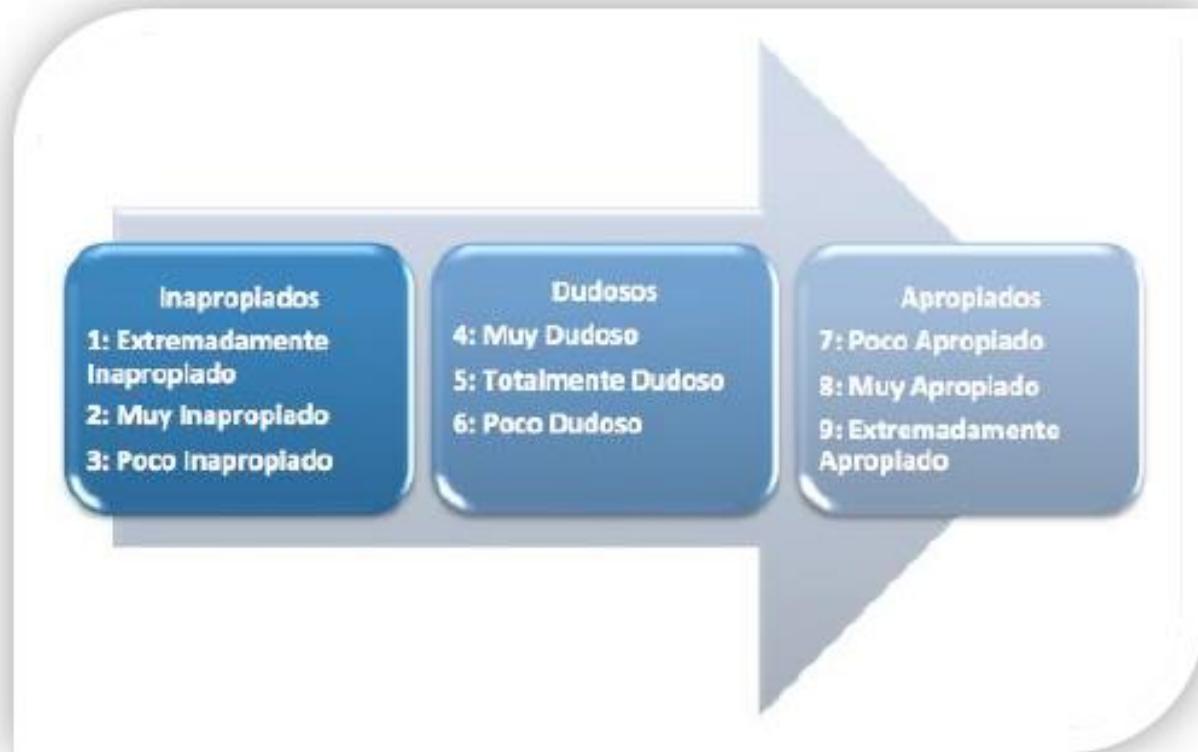


Figura N. 3 - Escala de Likert



Escala de Likert

Además, la búsqueda de resúmenes de evidencia, revisiones sistemáticas y metanálisis, se realizó mediante estrategias específicas en PUBMED/MEDLINE (Una de las Guías fue publicada en 2012 y la Guía Española fue publicada en 2014. Las 2 guías de consulta fueron publicadas en 2014, por lo tanto, existía una brecha 2012 – 2014 y 2015).<sup>30</sup> (EBM Guidelines de DUODECIM)

Después de revisar las GPC identificadas, se seleccionaron aquellas que respondieron mejor a las preguntas clínicas planteadas y se evaluó la calidad de construcción por medio del Instrumento AGREE II, fueron seleccionadas aquellas que obtuvieron una calificación superior al 75% (adecuadas para su uso).

La estrategia común para la búsqueda sobre la prevención y manejo de las lesiones premalignas del cuello uterino tuvo la siguiente redacción:

Los criterios de inclusión para la evidencia generada por la investigación en esta GPC fueron:

- 1- La evidencia que se desprende de las GPC seleccionadas con su respectiva búsqueda de actualización.
- 2- Búsqueda de evidencia para las preguntas clínicas que no fueron contempladas en la GPC seleccionadas.
- 3- Que fuera la mejor evidencia disponible y que en la clasificación GRADE la calidad de evidencia fuera de Alta, Moderada o Baja.

*Estrategia de búsqueda de estudios originales, ensayos clínicos aleatorizados y revisiones sistemáticas:*

## Análisis crítico de la bibliografía

En total se encontraron:

- ✓ **587** estudios originales e individuales: Ensayos Clínicos Aleatorizados, estudios de cohorte, estudios de modelo matemático y estudio de casos y controles.
- ✓ **72** revisiones sistemáticas relacionados con el tema.
- ✓ **14** GPC.

Después de revisar los estudios identificados, se seleccionaron aquellos que podrían responder a las preguntas clínicas planteadas, en los que se evaluó la calidad de la evidencia que aportaban.

Se debe aclarar que la segunda fuente de evidencia científica evaluada y filtrada por la calidad fue *Dynamed* y *Dynamed Plus* (2015)<sup>30</sup>(EBM Guidelines de DUODECIM).<sup>31</sup>(Wiley & Son 2015).

Se seleccionaron 4 GPC como guías fundamentales para ser adaptadas. De ellas, 2 guías se tomaron como la base de la adaptación, a saber:

- **Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical de 2012**<sup>31</sup>(Saslow *et al.* 2012).
- **Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario. Guías de práctica clínica prevención de cáncer de cuello de útero.** (SEGO 2014).<sup>32</sup>

Los niveles de evidencia utilizados en esta GPC son los propuestos por el grupo GRADE<sup>30</sup> (EBM Guidelines 2011) y se muestran a continuación:

Tabla N. 9 - Niveles de calidad de la evidencia según el grupo GRADE

**Niveles de calidad de la evidencia según el grupo GRADE.**

Calidad de Evidencia	Definición
Alta 	Es <b>muy improbable</b> que futuras investigaciones cambien la estimación del efecto. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Varios estudios de alta calidad con resultados consistentes.</li> <li>• En casos calificados: un estudio multicéntrico grande de alta calidad.</li> </ul>
Moderada 	Es <b>probable</b> que futuras investigaciones <b>puedan cambiarla</b> estimación del efecto estimado. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un estudio de alta calidad.</li> <li>• Varios estudios con alguna limitación de calidad.</li> </ul>
Baja 	Es <b>muy probable</b> que futuras investigaciones <b>cambien</b> la estimación del efecto. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uno o más estudios con limitaciones severas.</li> </ul>
Muy Baja 	Cualquier estimación de efecto es <b>incierta</b> . <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por lo general basada en la opinión de expertos.</li> <li>• Solo con resultados de evidencias indirectas.</li> <li>• Uno o más estudios con muchas limitaciones severas.</li> </ul>

# RESUMEN DE RECOMENDACIONES

## Sección 1: Prevención Primaria

R-1-1	El uso consistente del condón podría proporcionar un efecto protector contra el VPH y las lesiones premalignas cervicouterinas. <i>(Recomendación fuerte a favor 1↑)</i>
R-1-2	Se recomienda la vacunación con la vacuna bivalente, tetravalente o 9-valente en 3 dosis (bivalente 0, 1 y 6 meses; tetravalente y 9-valente a los 0, 2 y 6 meses), en todas las niñas de 9 años (edad preferible) así como en niñas y mujeres menores de 26 años que no han recibido la vacuna anteriormente. <i>(Recomendación fuerte a favor 1↑)</i>
R-1-3	Se puede considerar vacunar con solamente 2 dosis (0 y 6 meses) en vez de 3 dosis de la vacuna VPH4, en niños y niñas entre 9-13 años. Así como vacunar solamente con 2 dosis (0 y 6 meses) en vez de 3 dosis de la vacuna VPH2, en niñas entre 9-14 años. <i>(Recomendación débil a favor 2↑)</i>
R-1-4	Se recomienda la vacunación independientemente de los resultados de las pruebas de citología, colposcopia, ADN-VPH, ARN-VPH o serologíaVPH, e independientemente de la presencia de verrugas genitales. <i>(Recomendación fuerte a favor 1↑)</i>
R-1-5	Se recomienda NO vacunar a las mujeres mayores de 26 años, porque todavía no hay evidencia para la efectividad de la vacunación en este grupo. <i>(Recomendación fuerte en contra 1↓)</i>
R-1-6	Se recomienda también seguir el procedimiento del tamizaje para lesiones premalignas en las mujeres vacunadas. <i>(Recomendación fuerte a favor 1↑)</i>

## Sección 2: Prevención Secundaria

R-2-1	Se recomienda el tamizaje de las lesiones premalignas cervicouterinas en mujeres entre 21-65 años. <i>(Recomendación fuerte a favor 1↑)</i>
R-2-2	NO se recomienda realizar el tamizaje en mujeres menores de 21 años. <i>(Recomendación fuerte en contra 1↓)</i>
R-2-3	En mujeres entre 30-65 años se recomienda el tamizaje con el examen VPH cada 5 años (opción preferible) o con citología (convencional o de base líquida) cada 3 años o con IVAA cada 3-5 años, según la infraestructura sanitaria y los recursos disponibles. <i>(Recomendación fuerte a favor 1↑)</i> .
R-2-4	NO se recomienda usar el co-test en el tamizaje rutinario en mujeres entre 30-65 años en la población general. <i>(Recomendación fuerte en contra 1↓)</i> .
R-2-5	En mujeres entre 21-30 años se recomienda el tamizaje cada 3 años con citología (convencional o de base líquida) o con IVAA, según la infraestructura sanitaria y los recursos disponibles. <i>(Recomendación fuerte a favor 1↑)</i>
R-2-6	En mujeres entre 21-30 años NO se recomienda utilizar el examen VPH, ya que el valor predictivo positivo es limitado en este grupo etario. <i>(Recomendación fuerte en contra 1↓)</i>
R-2-7	En mujeres menores de 21 años NO se recomienda el tamizaje. En caso de que se realice el tamizaje y el resultado esté alterado por una lesión intraepitelial escamosa o ASC-U, se recomienda no realizar tratamiento. Se debe hacer seguimiento con citología a partir de los 21 años. <i>(Recomendación fuerte en contra 1↓)</i>

### Sección 3: Recomendaciones ante resultados positivos en el tamizaje

R-3-1	Se recomienda repetir la citología entre 2-4 meses en aquellas mujeres con resultado de citología no satisfactorio. Si la citología resulta positiva u otra vez no satisfactoria, se recomienda realizar la colposcopia. Se recomienda regresar al programa de tamizaje rutinario si la citología resulta negativa. <i>(Recomendación fuerte a favor 1↑)</i>
R-3-2	En mujeres mayores de 30 años con resultado de citología no satisfactorio, se acepta realizar la prueba de VPH en lugar de repetir la citología. Si la prueba de VPH resulta positiva se recomienda realizar la colposcopia, pero si resulta negativa se recomienda regresar al programa de tamizaje rutinario. <i>(Recomendación fuerte a favor 1↑)</i>
R-3-3	Para las mujeres embarazadas con resultado de citología no satisfactorio, la conducta clínica es similar a la de las mujeres no embarazadas. <i>(Recomendación fuerte a favor 1↑)</i>
R-3-4	En las mujeres con resultado de citología negativo, sin muestra adecuada de la zona de transformación o citología negativa con número de células endocervicales insuficiente, se recomienda el programa de tamizaje rutinario. En mujeres mayores de 30 años se puede considerar realizar la prueba de VPH inmediata. <i>(Recomendación fuerte a favor 1↑)</i>
R-3-5	Para las mujeres embarazadas con resultado de citología negativo, sin muestra adecuada de la zona de transformación o citología negativa con número de células endocervicales insuficiente, la conducta clínica es similar a la de las mujeres no embarazadas. <i>(Recomendación fuerte a favor 1↑)</i>

- R-3-17 En mujeres posmenopáusicas con resultado de citología LSIL, se acepta repetir la citología después de 6 meses. Si la citología después de 6 meses resulta positiva se recomienda realizar la colposcopia, pero si es negativa se recomienda repetir la citología después de 6 meses. Si ésta es positiva se recomienda la colposcopia, pero si es negativa (entonces 2 resultados negativos consecutivos) se recomienda el programa de tamizaje rutinario. *(Recomendación débil a favor 2↑)*
- R-3-18 Para todas las mujeres con resultado ASC-H en el tamizaje, se recomienda realizar la colposcopia inmediata. *(Recomendación fuerte a favor 1↑)*
- R-3-19 En mujeres < 25 años con resultado de HSIL en el tamizaje, se recomienda realizar la colposcopia inmediata. *(Recomendación fuerte a favor 1↑)*
- R-3-20 En mujeres  $\geq$  25 años con HSIL se recomienda la colposcopia inmediata, inclusive el legrado endocervical. Si la colposcopia resulta no satisfactoria, se recomienda realizar el tratamiento con LEEP. *(Recomendación fuerte a favor 1↑)*
- R-3-21 En mujeres  $\geq$  25 años con resultado de HSIL en el tamizaje, se acepta la técnica ver-y-tratar. Es decir, tratar con LEEP (sin obtener el diagnóstico histológico antes de tratar). *(Recomendación débil a favor 2↑)*
- R-3-22 En mujeres con resultado ACG y con atipias endometriales en el tamizaje, se recomienda realizar el legrado endocervical y la biopsia endometrial. Si ambos resultan negativos se recomienda realizar la colposcopia. *(Recomendación fuerte a favor 1↑)*

R-3-28	En mujeres con resultado de AIS en la citología del tamizaje, se recomienda realizar la colposcopia, el legrado endocervical y la biopsia endometrial. (Recomendación fuerte a favor 1↑)
R-3-29	En mujeres embarazadas con resultado de AIS en la citología del tamizaje, NO se recomienda realizar el legrado endocervical y la biopsia endometrial. (Recomendación fuerte en contra 1↓)
R-3-30	Se recomienda realizar la citología en todas las mujeres con un resultado VPH positivo en el tamizaje, para identificar las mujeres con cambios celulares. En mujeres VPH positivas y con resultados anormales en la citología, el riesgo para NIC3 requiere colposcopia inmediata. (Recomendación fuerte a favor 1↑)
R-3-31	En mujeres con resultado positivo en la prueba VPH del tamizaje, se recomienda realizar la citología (si es posible técnica réflex, utilizando la muestra de la prueba VPH). Si la citología resulta positiva o no satisfactoria se recomienda realizar la colposcopia. (Recomendación fuerte a favor 1↑)
R-3-32	En mujeres con resultado positivo en la prueba VPH del tamizaje y con una posterior citología negativa, se recomienda repetir la prueba VPH después de 1 año. Si la repetición de la prueba VPH resulta positiva se recomienda realizar la colposcopia, si resulta negativa se recomienda el tamizaje según el programa rutinario. (Recomendación fuerte a favor 1↑)
R-3-33	En mujeres con resultado positivo en la prueba VPH en el tamizaje y en cuyos centros la citología no esté disponible o se determine un alto riesgo de pérdida de seguimiento de la mujer, se recomienda saltar el paso de la citología y realizar la colposcopia inmediata. (Recomendación débil a favor 2↑)

## Sección 4: Conducta clínica ante los resultados alterados en la colposcopia y la biopsia

R-4-1	Se recomienda en mujeres $\geq 25$ años con sospecha de NIC2 o NIC3 realizar 2 o más biopsias de cérvix, ya que podría aumentar la sensibilidad del método diagnóstico. (Recomendación fuerte a favor 1↑)
R-4-2	Se recomienda en mujeres entre 21-24 años con NIC 1 e historia de ASC-US o LSIL, repetir la citología en intervalos de 12 meses. Se recomienda la colposcopia si en la citología a los 12 meses se encuentran: células escamosas atípicas, si no se puede excluir ASC-H, HSIL, células glandulares atípicas o cáncer, así como si se documenta ASC-US o una lesión mayor a los 24 meses. Si la citología resulta negativa en dos ocasiones consecutivas, se prosigue con tamizaje rutinario. (Recomendación fuerte a favor 1↑)
R-4-3	Se recomienda en mujeres $\geq 25$ años con NIC 1 e historia de ASC-US o LSIL, realizar el co-test a los 12 meses. Si VPH y citología son negativos a los 12 meses y la paciente es $< 30$ años se recomienda citología, si es $> 30$ años se recomienda co-test; ambas pruebas deben realizarse a los 3 años. Si alguna de las pruebas tiene resultados alterados, se recomienda hacer colposcopia. Si a los 3 años todas las pruebas son negativas, se prosigue con tamizaje rutinario. (Recomendación fuerte a favor 1↑)
R-4-4	Se recomienda en mujeres $\geq 25$ años con NIC1 persistente durante al menos 2 años e historia de ASC-US o LSIL, realizar el procedimiento diagnóstico escisional si: la colposcopia no es satisfactoria, si la muestra endocervical presenta NIC2 o NIC3, o si la paciente recibió tratamiento anteriormente. No se recomienda legrado endocervical en mujeres embarazadas. (Recomendación fuerte a favor 1↑)

R-4-34	<p>En mujeres tratadas por NIC 2 o NIC 3 con márgenes de conización negativos, legrado endocervical negativo y que se encuentran en centros sin disponibilidad de la prueba VPH, se recomienda realizar la citología en lugar del co-test. (<i>Recomendación débil a favor 2↑</i>)</p>
R-4-35	<p>En mujeres tratadas por NIC 2 o NIC 3 con márgenes de conización positivos y/o con legrado endocervical positivo, se recomienda realizar el co-test y el legrado endocervical después de 4-6 meses. Si el co-test resulta positivo se recomienda realizar la colposcopia y el legrado endocervical. Si el co-test resulta negativo se recomienda repetir el co-test después de 1 año y después de 2 años. Si el co-test resulta positivo se recomienda realizar la colposcopia. (<i>Recomendación fuerte a favor 1↑</i>)</p>
R-4-36	<p>En mujeres tratadas por NIC 2 o NIC 3 con márgenes de conización positivos y/o con legrado endocervical positivo, se recomienda también repetir el tratamiento escisional. (<i>Recomendación fuerte a favor 1↑</i>)</p>
R-4-37	<p>En mujeres tratadas por NIC 2 o NIC 3 con márgenes de conización positivos y/o con legrado endocervical positivo, se recomienda: realizar la histerectomía si la re-conización no es factible. (<i>Recomendación débil a favor 2↑</i>)</p>
R-4-38	<p>En mujeres tratadas por NIC 2 o NIC 3 con márgenes de conización positivos y/o con legrado endocervical positivo y en centros sin disponibilidad de la prueba de VPH, se recomienda realizar citología en lugar del co-test. (<i>Recomendación débil a favor 2↑</i>)</p>
R-4-39	<p>En mujeres que recibieron tratamiento por AIS, que desean conservar su fertilidad y que presentan márgenes de conización negativos y el legrado endocervical negativo, se recomienda seguimiento a largo plazo con citología, colposcopia, legrado endocervical cada 6 meses y la prueba VPH después de 2 años y cada 3 años. (<i>Recomendación fuerte a favor 1↑</i>)</p>

## Recomendaciones para mujeres en situaciones especiales:

**R-1-7**

Se recomienda posponer el inicio o la continuación de las vacunas en las mujeres que se conoce su condición de embarazo (en caso de existir alguna duda NO es necesario realizar una Sub-Beta). En el caso de las mujeres en período de lactancia pueden realizar la aplicación de las vacunas bivalente, tetravalente y 9-valente. *(Recomendación débil a favor 2↑)*

**R-1-8**

Para las mujeres inmunocomprometidas o VIH positivo se recomienda el esquema de vacunación igual al de las mujeres de la población general. *(Recomendación fuerte a favor 1↑)*

**R-1-9**

En mujeres tratadas por NIC2 se recomienda la vacunación para la prevención de recidivas de lesiones premalignas. *(Recomendación fuerte a favor 1↑)*

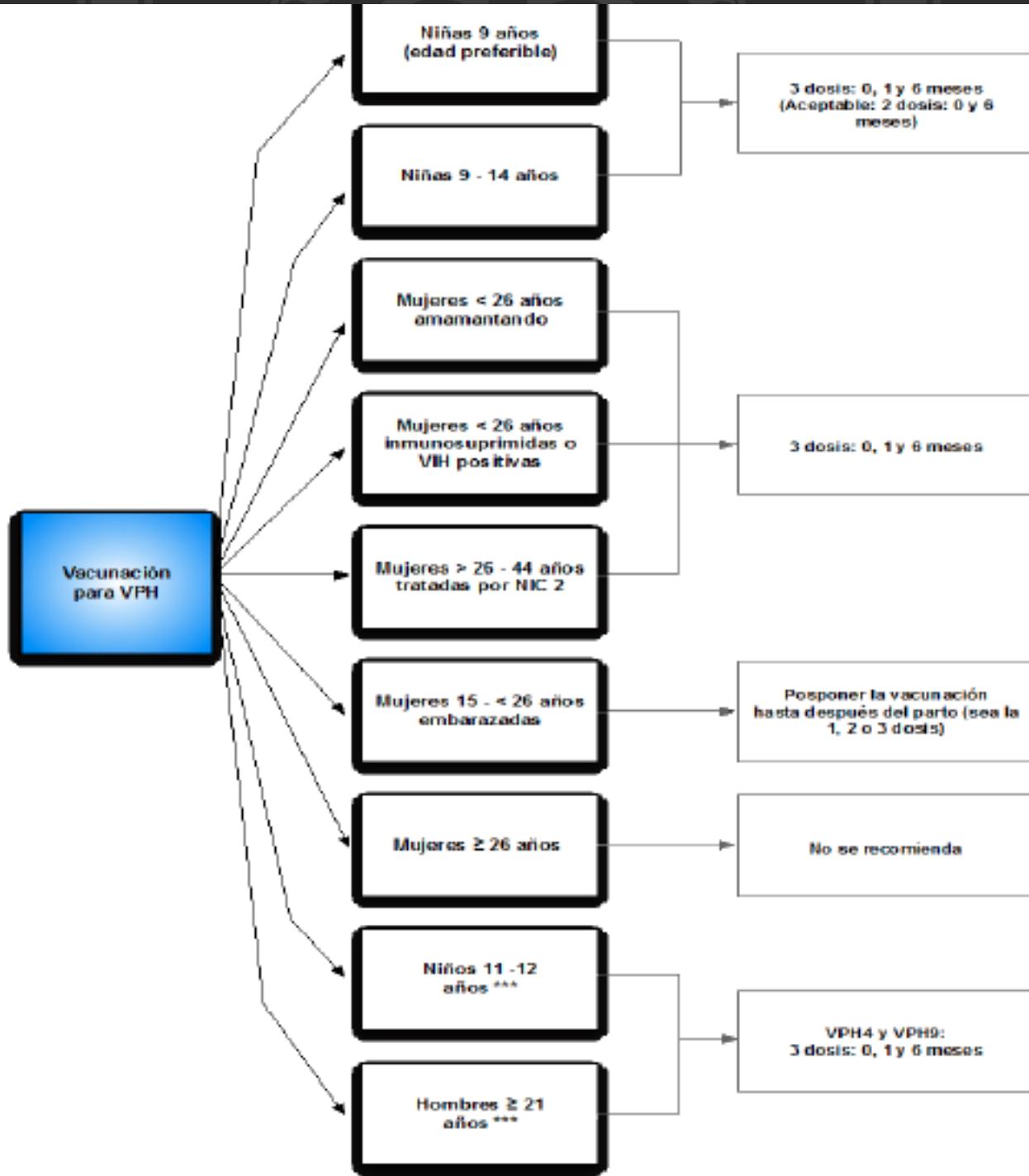


Tabla N.2. 1 - Cobertura del tamizaje de lesiones prelamilgna del cérvix según cada país centroamericano

	Tamizaje poblacional u oportunista	Edades de empezar y terminar el tamizaje	Frecuencia de tamizaje: cada cuantos años	Cobertura del PAP (%)	Cobertura de vacunación contra VPH (%)
Costa Rica	Poblacional	Inicio a los 20 años*	2 años	35.4 %**	No existe programa estatal
El Salvador	Poblacional	30 - 59 años***	2 años	17.8%***	No existe programa estatal
Guatemala	Poblacional	25- 54 años****	3 años	10%****	No existe programa estatal
Honduras	Poblacional	30 - 59 años***	3 años	41.84%***	No existe programa estatal
Nicaragua	Poblacional	25 - 64 años***	3 años	10%***	No existe programa estatal
Panamá	Poblacional	21 - 59 años*****	2 años	14.1%*****	67%*****

\*En el decreto ejecutivo N. 33119- Publicado el 07 de julio de 2006, se establece la norma de iniciar el PAP a los 20 años, pero no se establece hasta que edad se debe terminar el tamizaje.

\*\*Dato válido para el 2013, tomado de: Ministerio de salud de Costa Rica, M. (2014). Gobierno de Costa Rica Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 "Alberto Cañas Escalante," 566.

R-2-8

**En mujeres mayores de 65 años** **NO** se recomienda el tamizaje si en los 10 años anteriores tuvieron resultados negativos en el tamizaje, y si en los 20 años previos no tuvieron CCU o NIC 2. *(Recomendación fuerte en contra 1↓)*

**Consideré la evidencia para la siguiente recomendación:**

*No hay evidencia para el tamizaje anual. El tamizaje anual podría proporcionar una reducción de CCU muy limitada debido a la alta prevalencia de infecciones por VPH y NIC, la mayoría de las cuales experimentaron regresión de la lesión dentro del primer o segundo año. Los casos que no se resolvieron presentaron un largo periodo de tiempo antes de progresar a CCU.*<sup>34,1</sup> (Saslow et al. 2012) (Schiffman et al. 2007) **Calidad de la Evidencia BAJA.**  [Criterio para la graduación: estudio con evidencia indirecta].

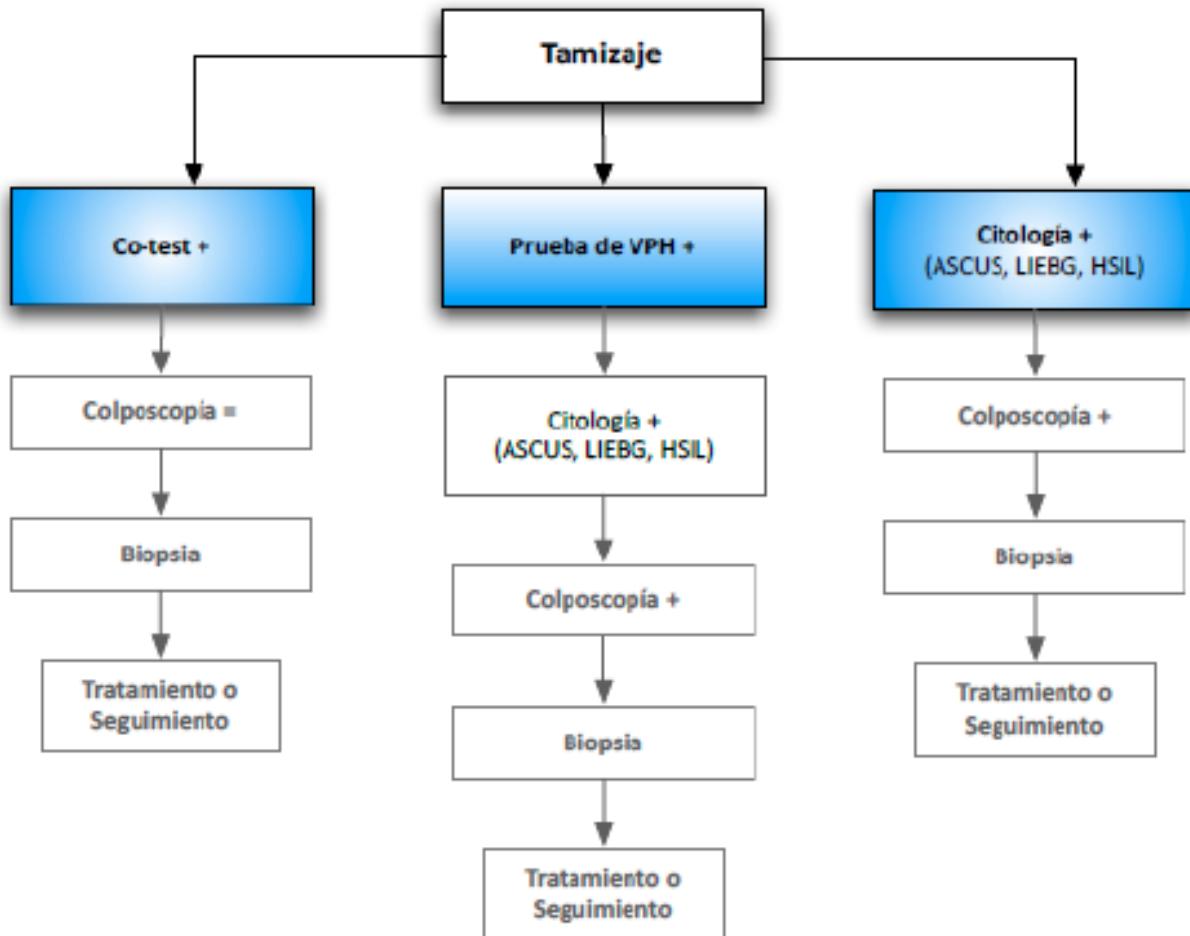
*No hay evidencia para el intervalo óptimo con el tamizaje por IVAA. Calidad de la Evidencia MUY BAJA.*  [Criterio para la graduación: opinión de expertos].

*En un estudio de casos y controles que incluyó 1.305 mujeres entre 20 y 69 años con CCU se compararon con 2.532 controles entre el mismo rango de edad. El tamizaje cada 5 años demostró protección entre el grupo de edad de las mujeres entre 55 y 69 años. El aumento de la frecuencia demostró beneficios muy pequeños (87% con tamizaje anual). En el caso del grupo de edad entre 40 y 54 años el tamizaje con citología cada 3 años, mostró una protección del 84%. En el grupo de 20 a 39 años el tamizaje anual demostró una protección solo del 76%.*<sup>39</sup> (Sasieni et al 2003 – citado por Dynamed 2015). **Calidad de la Evidencia BAJA.**  [Criterio para la graduación: estudio de casos y controles].

R-2-9

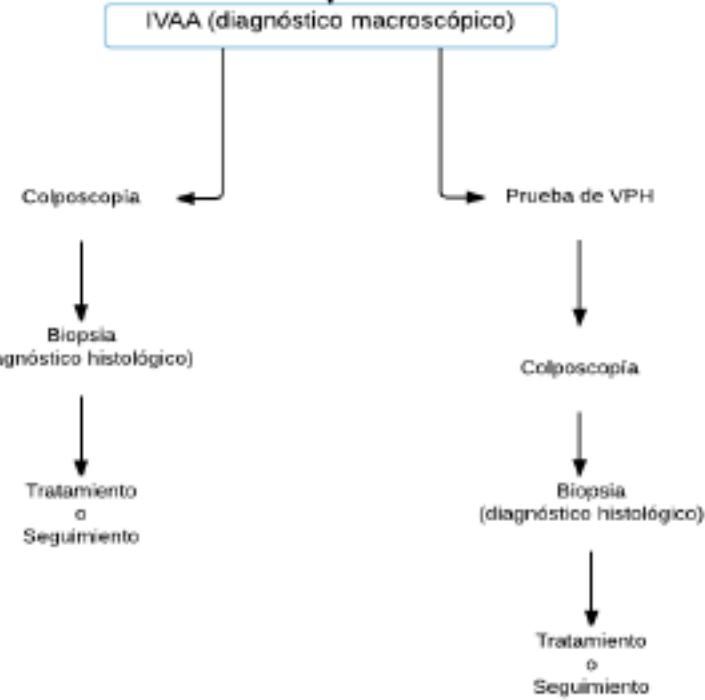
**NO** se recomienda realizar el tamizaje anualmente.  
*(Recomendación fuerte en contra 1↓)*

## Algoritmo #3.1: Estrategia Estándar para el Tamizaje de Lesiones Premalignas del cuello del útero

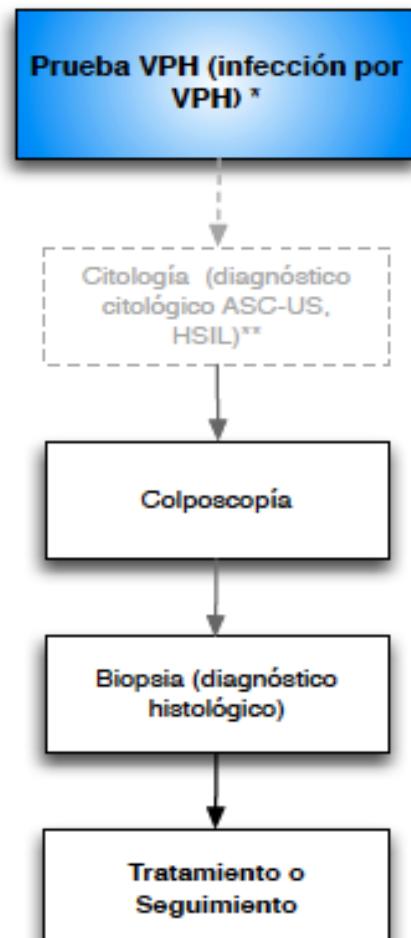


Co-test: citología y prueba VPH  
Biopsia: diagnóstico histológico

### Secuencia del Tamizaje Basado en la IVAA



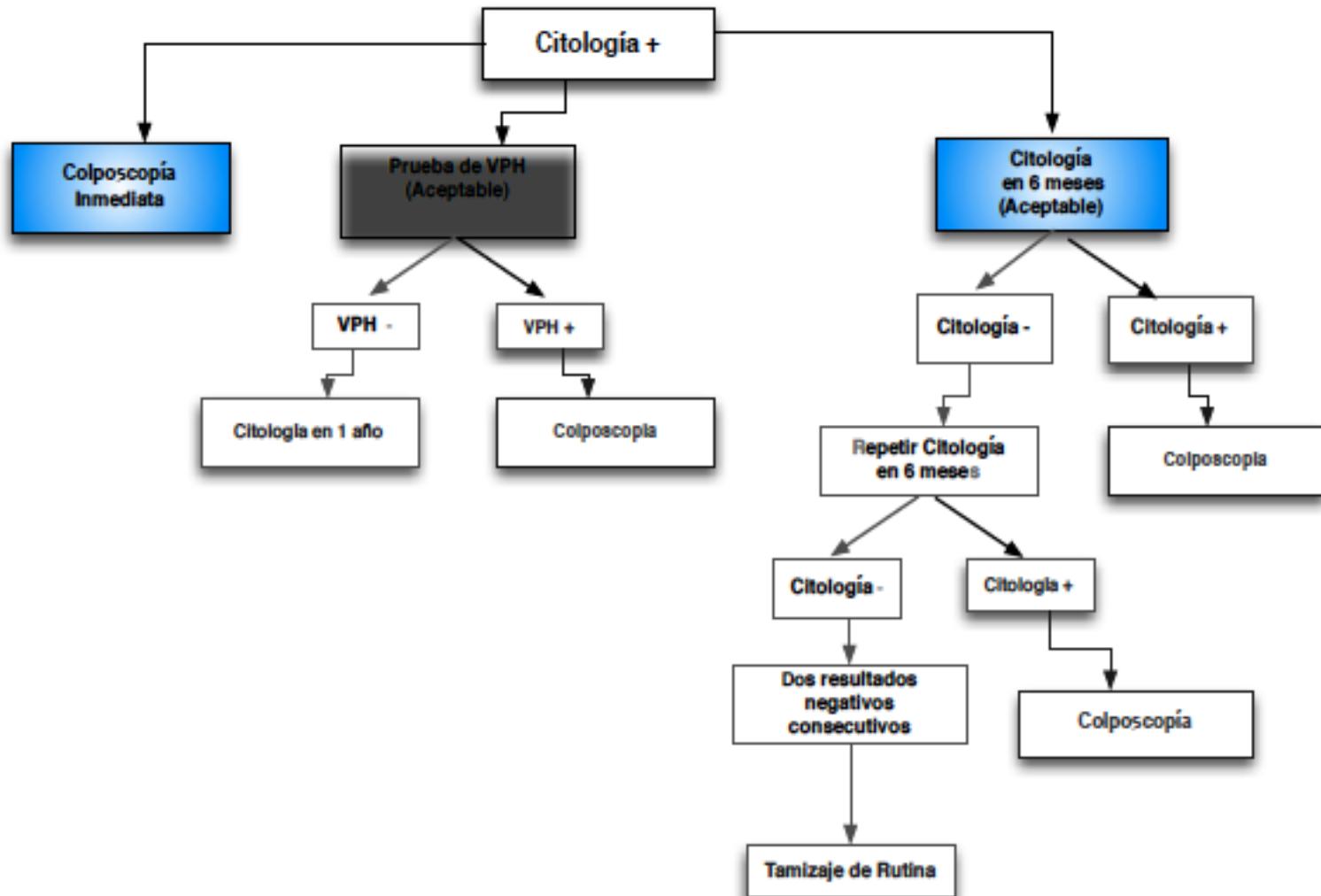
## Algoritmo 3.2: citología con la prueba VPH



\* Se pueden omitir algunas pruebas o técnicas cuando se hace la citología con la prueba VPH

\*\* Paso que se puede omitir

## Algoritmo N.3. 7 - Postmenopáusicas con citología LSIL



R-3-18 Para todas las mujeres con resultado ASC-H en el tamizaje, se recomienda realizar la colposcopia inmediata. *(Recomendación fuerte a favor 1↑)*

R-3-19 En mujeres < 25 años con resultado de HSIL en el tamizaje, se recomienda realizar la colposcopia inmediata. *(Recomendación fuerte a favor 1↑)*

R-3-20 En mujeres ≥ 25 años con HSIL se recomienda la colposcopia inmediata, inclusive el legrado endocervical. Si la colposcopia resulta no satisfactoria, se recomienda realizar el tratamiento con LEEP. *(Recomendación fuerte a favor 1↑)*

R-3-21 En mujeres ≥ 25 años con resultado de HSIL en el tamizaje, se acepta la técnica ver-y-tratar. Es decir, tratar con LEEP (sin obtener el diagnóstico histológico antes de tratar). *(Recomendación débil a favor 2↑)*

*Los datos de una cohorte histórica en un periodo de 18 años (1962-1980) en Canadá, demostraron que la regresión de NIC1 y NIC2 era más probable que la progresión a NIC3. La tasa de progresión de NIC2 en 2 años fue de 16%, en 5 años de 25%. El riesgo de progresión de NIC3 a CCU fue de 4.2% con un IC de (3.0 a 5.7), el riesgo de progresión de NIC a CCU fue de 2.5% con un IC de (2.2 a 3.0) para NIC2<sup>18</sup> (Holowaty 1999). Calidad del Evidencia BAJA.  [Criterio para la graduación: estudio observacional].*

R-4-11	<p>Se recomienda en mujeres entre 21-24 años con diagnóstico histológico de NIC 2, observar durante 12 meses con colposcopia y citología en intervalos de 6 meses, si es posible el seguimiento, la colposcopia es satisfactoria, la zona de transformación y la lesión son totalmente visibles (lesión no extensa &lt;50% del cérvix) con legrado endocervical negativo.</p> <p>Se recomienda después de 2 resultados negativos consecutivos en la citología, realizar el co-test un año después. Si el co-test es negativo, se recomienda repetir esta prueba en 3 años. Se recomienda realizar colposcopia cuando uno de los resultados del co-test sea anormal. <i>(Recomendación fuerte a favor 1↑)</i></p>
R-4-12	<p>Se recomienda en mujeres entre 21-24 años con diagnóstico histológico de NIC 2, repetir la biopsia de cérvix si la apariencia de la lesión por colposcopia empeora o si persiste durante un año la lesión de alto grado o la citología con HSIL. Si la biopsia reporta NIC 2 o una lesión de mayor grado, se recomienda realizar tratamiento escisional. <i>(Recomendación fuerte a favor 1↑)</i></p>

## Algoritmo N.4. 2 - Manejo mujeres con diagnóstico histológico de NIC 2, 3

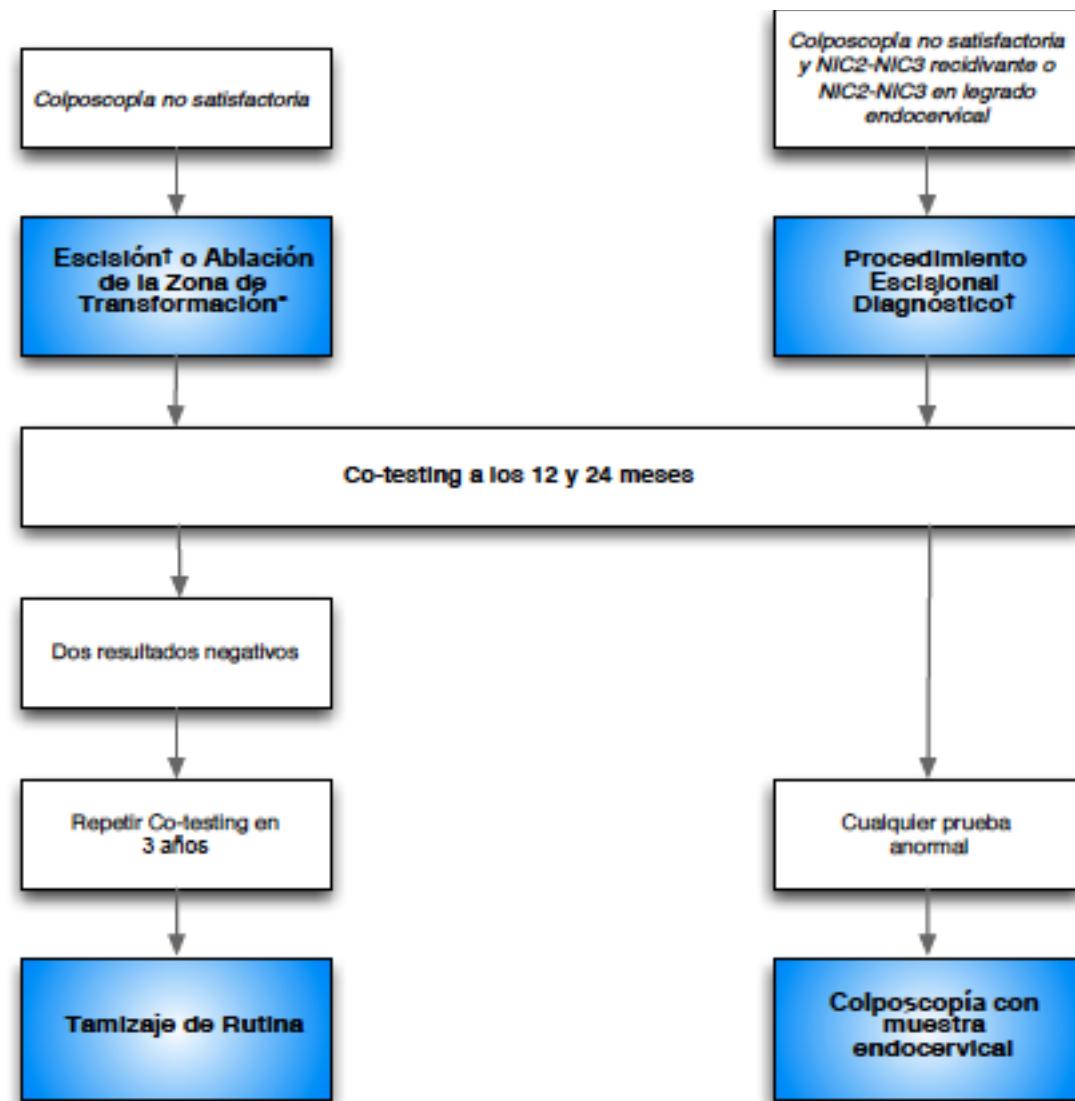


Tabla 2. Recomendaciones para elegir el método de tamizaje según la edad y las características de la población

Población Meta	Prueba VPH (Tamizaje estándar o Tamizar y tratar)	Citología	IVAA (Tamizar y tratar)	Co-test	Fuerza de la recomendación
<b>Mujeres en la población general</b>					
< 21 años		En mujeres menores de 21 años NO se recomienda el tamizaje. En caso de que se realice el tamizaje y el resultado esté alterado por LSIL o ASC, se recomienda no realizar tratamiento. Se debe hacer seguimiento con tamizaje con citología a partir de los 21 años.			1↑
21-30 años	NR <sup>4</sup>	Cada 3 años	NR <sup>5</sup>	NR <sup>6</sup>	1↑
30-65 años	Cada 5 años (Prueba preferible)	Cada 3 años	Cada 3-5 años	NR <sup>5</sup>	1↑
> 65 años		NO se recomienda el tamizaje en mujeres >65 años, si en los 10 años anteriores tuvieron en el tamizaje resultados negativos y si en los 20 años previos no tuvieron CCU o NIC2.			1↑

**Tabla 19. Recomendaciones de la conducta clínica a seguir ante un diagnóstico histológico de NIC 3**

**Mujeres < 25 años con NIC3 y colposcopia satisfactoria**

Tratamiento: escisión o ablación

**Mujeres < 25 años con NIC3 y colposcopia no satisfactoria**

Tratamiento escisional

Tratamiento Ablación no aceptable

**Mujeres ≥ 25 años con NIC3 y colposcopia satisfactoria**

Tratamiento: escisión o ablación

**Mujeres ≥ 25 años con NIC3 y colposcopia no satisfactoria**

Tratamiento escisional

Tratamiento Ablación no aceptable

**Mujeres embarazadas**

Seguimiento similar al de las mujeres no embarazadas.

Biopsia solamente si: citología o aspecto colposcópico sugiere carcinoma invasivo

Tratamiento para NIC3 no es aceptable en mujeres embarazadas

## Tabla 20. Recomendaciones de la conducta a seguir ante un diagnóstico de AIS

### Mujeres < 25 años y ≥ 25 años

Escisión diagnóstica: una sola pieza quirúrgica no fragmentada y que permita la valoración de los márgenes quirúrgicos.

↳ AIS confirmado →

Opción 1, mujeres que no desean conservar su fertilidad: hysterectomía

Opción 2, mujeres con deseo de preservar su fertilidad, márgenes negativos y legrado endocervical negativo: Seguimiento a largo plazo: Citológia, Colposcopia, legrado endocervical, cada 6 meses, Prueba VPH @ 24 meses y cada 3 años

Opción 3, con deseo gestacional, márgenes positivos o legrado endocervical positivo:

Opción 3a (preferible): reconización o traquelectomía simple.

Opción 3b (aceptable): re-evaluación con co-test, colposcopia, legrado endocervical @ 4 meses.

↳ Citológia o histología AIS → reconización o traquelectomía simple

↳ Citológia y colposcopia negativa y VPH positivo o negativo → Seguimiento a largo plazo: citología,

Colposcopia, estudio endocervical, cada 6 meses, Prueba VPH @ 24 meses y cada 3 años



# XXXI CONGRESO FECASOG

¡PANAMÁ TE ESPERA!  
16 AL 20 DE ABRIL 2018

PANAMÁ  
2018



+507 229-7764



[spogpanama@gmail.com](mailto:spogpanama@gmail.com)



[www.spogpanama.org](http://www.spogpanama.org)

## CURSOS PRE CONGRESO

- Cirugía Avanzada de Laparoscopia
- Ultrasonido Obstétrico
- Emergencias Obstétricas
- Patologías benigna y maligna de mama

## ACTIVIDADES EXTRAS

- Desayuno con el profesor
- Simposio y mesas redondas
- Taller
- Magistrales