



MINISTERIO
DE SALUD

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA PARA EL TAMIZAJE, DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRECANCEROSAS DEL CUELLO UTERINO

Versión resumida
Mayo de 2023



MINISTERIO
DE SALUD

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA PARA EL TAMIZAJE, DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRECANCEROSAS DEL CUELLO UTERINO

Versión resumida
Mayo de 2023



Índice

Acrónimos y abreviaturas	5
Presentación	6
Grupo desarrollador	7
Introducción	9
Objetivos y población diana	11
Alcance y usuarios	11
Esta guía no aborda aspectos relacionados a la prevención, manejo de complicaciones y manejo del cáncer invasivo del cérvix	12
Ámbito asistencial y lugar de aplicación	12
Cómo usar esta guía	12
Preguntas	13
Métodos de detección y tratamiento	14
Metodología	15
Consideraciones importantes para las recomendaciones	20
Resumen de las recomendaciones	22
Pruebas de detección primaria	
Recomendaciones para las mujeres de la población general y mujeres que viven con VIH	22
Detección y tratamiento / Detección, clasificación y tratamiento	22
Edad para iniciar o detener el tamizaje	23
Intervalos de detección	24
Seguimiento después de una prueba de triaje negativa o después del tratamiento	24
Tratamiento para la población general de mujeres y mujeres que viven con el VIH	25
Uso profiláctico de Antibióticos	27
Recomendaciones y declaraciones de buenas prácticas: mujeres que viven con el VIH	
Detección y tratamiento versus detección, triaje y tratamiento	27
Edad para iniciar la detección	27
FLUJOGRAMA	28
Flujograma en mujeres de la población general con prueba de detección VPH	28
Flujograma en mujeres de la población general con prueba de detección citológica	29
Flujograma en mujeres de la población general con prueba de detección VPH	30
Referencias bibliográficas	31

■ Acrónimos y abreviaturas

ADN	Ácido desoxirribonucleico
AIS	Adenocarcinoma in situ
ASCUS	Células escamosas atípicas de significado indeterminado
CBL	Citología de base líquida
CAPE	Cervical cancer prevention en El Salvador
ECA	Ensayos clínicos aleatorizados
FDA	Administración de Alimentos y Medicamentos (por sus siglas en inglés)
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation
GPC	Guía de práctica clínica
GDG	Grupo desarrollador de guía
GED	Grupo elaborador de la directriz
VC	Versión completa
VPH	Virus del Papiloma Humano
VIH	Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana
HR	Hazard Ratio
IARC	Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (por sus siglas en inglés)
IC	Intervalo de confianza
INS	Instituto Nacional de Salud
LEEP	Loop electrosurgical excision procedure
LLETZ	Large Loop excision of the transformation zone
NIC	Neoplasia intraepitelial cervical
NIC 2+	Neoplasia intraepitelial cervical de alto grado o mayor
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OR	Odds Ratio
PAHO	Pan American Health Organization
PBP	Punto de buena práctica
Rc	Recomendaciones claves
RR	Riesgo Relativo

Presentación

La presente guía de práctica clínica es el resultado del esfuerzo articulado de los profesionales del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), coordinado por el Instituto Nacional de Salud (INS) y el apoyo metodológico de OPS/OMS, con el objetivo de proveer una herramienta de utilidad a los prestadores de los servicios de salud y a las pacientes sobre el tamizaje, detección y tratamiento de lesiones precancerosas del cuello uterino. Si estas no se tratan de manera oportuna pueden desencadenar en cáncer de cérvix, siendo uno de los cánceres más frecuentes a pesar que se puede detectar en los programas de prevención regulares de la mujer.

En este documento se presenta el proceso que se realizó para la adaptación de las Directrices de la OMS para la detección y el tratamiento de lesiones precancerosas de cuello uterino, prevención del cáncer, segunda edición 2021 y de las Directrices de la OMS para el uso de la ablación térmica para el tratamiento de lesiones precancerosas del cuello uterino año 2019. Con este fin, el grupo desarrollador de la guía (GDG) consideró la evidencia local del sistema de salud de El Salvador, lineamientos vigentes y sus directrices, el balance de riesgos y beneficios, preferencias de las pacientes y las condiciones de la implementación (equidad, recursos, aceptabilidad y factibilidad) en el contexto de El Salvador.

Las recomendaciones presentadas en esta guía fueron discutidas y aceptadas en un panel multidisciplinario de profesionales, con participación de pacientes, sociedades médicas y expertos en el tema, del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), quienes contribuyeron a definir la fuerza de las recomendaciones, validando cada una de ellas con la calidad de la evidencia y fuerza de la recomendación siguiendo el sistema GRADE. En la guía se describen algunos puntos de buenas

prácticas, que son actividades operativas basadas en la experiencia que, aunque no son basadas en la evidencia, son parte de las buenas prácticas para el abordaje de las pacientes con lesiones premalignas de cuello uterino, de acuerdo con las recomendaciones. Como parte de la guía se incluyen flujogramas elaborados para la población de mujeres en general y con infección por VIH, que fueron validados por el GDG y una propuesta de implementación donde se identifican las posibles barreras y factores críticos; además, se detallan los indicadores que permitirían evaluar la eficacia del proceso.

Esta guía provee recomendaciones basadas en la evidencia para pruebas de detección primarias, detección y tratamiento/ detección, clasificación y tratamiento, edad para iniciar o detener el tamizaje, intervalos de detección, seguimiento después de una prueba de triaje negativas o después del tratamiento, tratamiento para la población general de mujeres y las que viven con VIH, uso profiláctico de antibióticos y recomendaciones específicas para las mujeres que viven con VIH. Esta guía no aborda aspectos relacionados a la prevención, manejo de complicaciones y manejo del cáncer invasivo del cérvix.

Ponemos este documento a la disposición y alcance de los profesionales de la salud para su uso en la práctica diaria ya que debe ser prioridad, ofrecer a las pacientes una detección temprana de las lesiones premalignas del cérvix y brindar un tratamiento oportuno.

Grupo desarrollador

Coordinadora

- Dra. Xochitl Sandoval, ginecoobstetra, especialista en obstetricia crítica y maestra en investigación. Directora del Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud de El Salvador.

Grupo temático

- Dra. Karla Polio, ginecoobstetra, colposcopista, colaborador técnico médico de la Oficina de Enfermedades No Transmisibles, componente de cáncer, Minsal.
- Dra. Lucía Maricela Rivas Baiza, ginecoobstetra, colposcopista, ultrasonografista, médico agregado a la emergencia del Hospital Militar Central.
- Dra. Elizabeth Torres, ginecoobstetra, colposcopista, Basic Health El Salvador.
- Dra. Claudia Rodríguez, ginecoobstetra, perinatóloga, Hospital Nacional de la Mujer.
- Dr. Pablo Cruz, ginecoobstetra, colposcopista, Hospital Nacional de la Mujer.
- Dra. Claudia Zavaleta, médica epidemióloga, colaborador técnico del INS.
- Dra. Carmen Patricia Lemus, médica, colaborador técnico médico de la Oficina de Enfermedades No Transmisibles, componente de cáncer, Minsal

Equipo metodológico

- Dra. Rocío Cajar, ginecoobstetra, colposcopista, ultrasonografista, colaborador técnico médico de la Unidad de Gobernanza y Gestión del Conocimiento del INS en el departamento de San Salvador, coordinadora metodológica.
- Dra. Blanca Maricela Rivas, médica salubrista y colaborador técnico de la Unidad de Gobernanza y Gestión del Conocimiento del INS en el departamento de San Salvador.
- Mtra. Hídalía de Sánchez, enfermera, maestra en gestión hospitalaria, colaborador técnico de la Unidad de Gobernanza y Gestión del Conocimiento del INS en el departamento de San Salvador.
- Dr. José Elías Aguilar, médico, colaborador técnico médico de la Unidad de Investigación del INS en el departamento de San Salvador
- Dra. Ana Cecilia de Arévalo, médica general, colaborador técnico médico de la Dirección de Tecnología Sanitaria, Minsal
- Dr. Cristian Romero, médico intensivista, colaborador técnico médico de la Unidad de Gobernanza y Gestión del Conocimiento, coordinador del Centro Nacional de Simulación de la Unidad de Gobernanza y Gestión del Conocimiento del INS en el departamento de San Salvador.
- Dra. Carmen Albanéz de Ayala, médica internista e Infectóloga, Hospital Nacional El Salvador.
- Dr. Jorge Pleitez, neonatólogo pediatra, colaborador técnico médico en Centro Nacional de Simulación de la Unidad de Gobernanza y Gestión del Conocimiento del INS en el departamento de San Salvador.
- Dr. Rafael Antonio Mejía, médico internista, agregado a la consulta externa de Hospital Nacional San Rafael en el departamento de La Libertad.

Asesores de la Organización Panamericana de la Salud

- Dra. Laura Ramírez, asesora de sistemas y servicios de salud de la Organización Panamericana de la Salud en El Salvador.
- Dr. Ludovic Reveiz, asesor regional, departamento de evidencia e inteligencia para la acción de salud y del equipo del Sistema de Gestión de Incidente para la respuesta a COVID-19 de la OPS.

- Dra. Ana Marcela Torres, consultora del departamento de evidencia e inteligencia para la acción de salud y del equipo del Sistema de Gestión de Incidente para la respuesta a COVID-19 de la OPS.

Panel de expertos

Nombre	Profesión	Cargo	Afiliación
Dra. Silvia Ramos de García	Ginecoobstetra Colposcopista	Socia	Sociedad de Ginecología de El Salvador
Dr. Rogelio Ramírez Menjivar	Ginecoobstetra Colposcopista	Médico agregado a la consulta de colposcopia	Hospital Nacional de la Mujer
Dr. Félix Antonio Reyes	Ginecoobstetra Colposcopista	Ginecólogo	Hospital Nacional de San Miguel
Dra. Marta Julia Gavidia	Médica general	Jefe de consulta externa	Hospital de San Vicente
Dra. Sonia Esmeralda Hernández	Ginecoobstetra Colposcopista	Jefe de consulta externa de ginecología y obstetricia	Hospital de Santa Ana
Dr. Douglas Salvador Martí	Ginecoobstetra Colposcopista	Jefe del departamento de ginecología y obstetricia	Hospital Nacional Zacamil
Dra. Blanca Rosalina Quan	Ginecoobstetra	Medico Supervisor Hospitalario	Instituto Nacional de Bienestar Magisterial
Dr. Edwar Alexander Herrera Rodríguez Alfaro	Ginecoobstetra Colposcopista	Médico agregado a hospitalización y consulta externa	Instituto Salvadoreño del Seguro Social Primero de Mayo
Dra. Marina Andrea Chacón	Ginecoobstetra	Coordinadora de la Unidad de Cancer	Oficina de Enfermedades No Transmisibles componente de cáncer, Minsal.
Dra. Evelyn Carolina Cañas de Morán	Ginecoobstetra	Ginecóloga	Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Panchimalco
Dr. José Roberto Rodríguez Castellanos	Ginecoobstetra	Ginecólogo	Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Martín
Dr. Francisco Mejía	Ginecoobstetra Colposcopista	Jefe del departamento de Ginecología y Obstetricia	COSAM
Dra. Roxana Guadalupe Iraheta	Ginecoobstetra	Medico consultante del área de Ginecología y Obstetricia	Unidad Comunitaria de Salud Familiar, Unicentro Soyapango

Nombre	Profesión	Cargo	Afiliación
Dr. Miguel Herrera	Ginecoobstetra	Colaborador técnico médico	Unidad de atención en cuidados de salud a la persona adulta, Minsal
Dra. Ana Patricia Caledonio Escobar	Médico de Familia	Médico consultante	ISSS, Clínica comunal de San Antonio Abad
Mstra. Julia Dolores Guadrón	Enfermera, Maestra en Investigación	Colaborador técnico	Unidad Nacional de Enfermería, Minsal

Validación con Pacientes

En el panel de expertos se invitó a participar a pacientes de las consultas de colposcopias de tres hospitales del país.

Participantes:

- Claudia Patricia Valle de Minero (paciente sobreviviente de cáncer de cérvix).
- Nassary Raquel Ángel Flores (paciente en tratamiento por lesión premaligna del cérvix).

Revisores pares

- Dr. Rodrigo Pardo, médico cirujano, especialista en medicina interna y neurología, maestro en epidemiología clínica y profesor de la Universidad Nacional de Colombia, miembro de la junta directiva del Grupo Regional Iberoamericano / Red Internacional de Directrices (GIN).
- Dr. Roberto Edmundo Sánchez Ochoa, médico obstetra, colposcopista, Hospital Nacional de Neumología y Medicina Familiar "Doctor José Antonio Zaldaña"

Introducción

El cáncer cervicouterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero debido a la persistencia de serotipos oncogénicos del virus del papiloma humano y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precancerosas de lenta y progresiva evolución, siendo la primera causa de morbilidad en mujeres de países en vías de desarrollo. Los datos estadísticos mundiales indican que al año se producen unos 466 000 nuevos casos, 80 % de ellos en países en vías de desarrollo, de los cuales mueren 274 000 mujeres, a pesar de ser una enfermedad prevenible(1).

El VPH es la infección de transmisión sexual más prevalente en hombres y mujeres en todo el mundo; alrededor del

90 % de los adultos estarán infectados por algún genotipo del VPH a lo largo de su vida y el cáncer de cérvix, segundo cáncer más frecuente en la mujer en la escala mundial, es responsable de unos 250 000 fallecimientos al año(2).

Los tipos de VPH más comunes en mujeres con cáncer, por orden descendente de frecuencia, son: 16, 18, 33, 45, 31, 58, 52 y 53, aquellos que se asocian con lesiones premalignas y que, por tanto, pueden evolucionar a lesiones invasivas, se denominan VPH de alto riesgo. El VPH 16 se asocia al 54 % de los carcinomas epidermoides y al 41 % de los adenocarcinomas, lo que le convierte en el principal VPH de alto riesgo, el VPH 18 es el segundo en frecuencia, responsable

del 11 % de los carcinomas epidermoides y del 37 % de los adenocarcinomas(2).

En 2018, más de 72 000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer cervicouterino y casi 34 000 fallecieron por esta enfermedad en la Región de las Américas. Las tasas de mortalidad son tres veces más altas en América Latina y el Caribe que en Norteamérica, evidenciando enormes desigualdades en salud(3). En esta región, es un problema grave de salud, que ocupa el primer lugar por incidencia y mortalidad en las mujeres en edad productiva(4).

La prevalencia de dicha infección presenta un pico en mujeres menores de 25 años, coincidiendo con el inicio de su vida sexual y posteriormente muestra una disminución significativa en edades medianas y mayores. Las mayores tasas de prevalencia se encuentran entre las adolescentes y las adultas jóvenes, esto hace que las mismas sean consideradas como un grupo de alto riesgo a desarrollar lesiones premalignas y malignas(1).

La Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud adoptó la “Estrategia Mundial para Acelerar la Eliminación del Cáncer del Cuello Uterino como Problema de Salud Pública”, en la que se establece que en un país se ha eliminado el cáncer de cuello uterino cuando la incidencia es inferior al umbral de cuatro casos por 100 000 mujeres al año. Con el fin de alcanzar ese umbral para finales del siglo XXI, la OMS ha fijado las metas «90-70-90», que deberán alcanzarse para 2030 y mantenerse (resolución WHA73.2). Esta define lo siguiente: el 90 % de las niñas totalmente vacunadas contra los VPH antes de los 15 años; el 70 % de las mujeres examinadas mediante una prueba de alta precisión antes de los 35 años y de nuevo antes de los 45 años; y el 90 % de las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino recibiendo tratamiento (el 90 % de las muje-

res con lesiones precancerosas reciben tratamiento y el 90 % de las mujeres con cáncer invasivo reciben la atención pertinente)(5).

Según las estimaciones del observatorio mundial de cáncer (GLOBOCAN), El Salvador esperaba 770 casos nuevos para el año 2021. En el año 2019 de 58 718 consultas por cáncer, el 73 % (42 955 consultas) corresponden al sexo femenino, y de estas, el 15 % (6 464 consultas) corresponden a cáncer de cérvix. El 87,7 % de mortalidad se agrupa en los departamentos de San Salvador, La Libertad, La Paz, Sonsonate, Cuscatlán y Cabañas(6).

El cáncer de cérvix ha presentado un aumento en los últimos años. En 2018 se registraron 1 972 casos de diagnósticos nuevos; en 2019 la cifra ascendió a 2 454; esta bajó en 2020 a 1 702, debido a la reducción de servicios en el sistema de salud a causa de la pandemia del COVID-19. En 2021, la cifra aumentó en comparación al año anterior, llegando a 1 804 consultas por casos nuevos diagnosticados de este tipo de cáncer(7).

El Salvador está bien posicionado para demostrar una implementación efectiva de los programas de control del cáncer cervicouterino. El país tiene tasas históricamente altas de incidencia y mortalidad (13,1 y 7,43 por 100 000, ajustadas por edad, respectivamente). El contexto sociocultural complica el acceso a los servicios de prevención del cáncer. Casi el 40 % de la población vive en áreas rurales, y la violencia relacionada con las pandillas, la pobreza y la emigración siguen siendo problemas generalizados(7). Según el sistema de información de morbimortalidad en línea del Ministerio de Salud, el número de muertes reportadas por cáncer de cérvix para el 2019 fue de 138 casos; para 2020, de 160 casos y para el 2021, 155 casos.

El esfuerzo de vacunación contra el VPH también ha enfrentado desafíos. Dado que las escuelas públicas estuvieron cerradas durante la mayor parte de 2020 y parte de 2021, el Ministerio de Salud decidió cambiar su estrategia a un enfoque en el hogar. El rango de edad también se amplió para incluir a niñas de nueve a once años. A pesar de estos ajustes, el número total de primeras do-

sis proporcionadas a la población meta fue de 15 286, equivalente al 28 %, muy por debajo de la meta original para 2020. Aunque estas cifras no alcanzaron las proyecciones iniciales, la inclusión de la vacuna contra el VPH en el presupuesto nacional significa que la adquisición de dosis de VPH en los próximos años está asegurada(7).

Objetivos y población diana

Objetivo General

Brindar recomendaciones informadas en la evidencia para el tamizaje, detección temprana y tratamiento de lesiones precancerosas para prevenir el cáncer de cuello uterino en mujeres de la población en general y mujeres que viven con VIH.

Objetivos Específicos

- Definir el uso de pruebas de detección temprana y clasificación de lesiones precancerosas del cuello uterino.
- Dar a conocer la edad promedio recomendada para realizar la primera prueba de tamizaje.

- Establecer el seguimiento adecuado según el resultado de las pruebas de tamizaje.
- Implementar las intervenciones dirigidas al tratamiento de lesiones precancerosas del cérvix.
- Determinar el uso de antibioticoterapia posterior a un procedimiento de escisión.

Población diana

La población diana está constituida por la población de mujeres en general incluyendo la población de mujeres que viven con VIH mayor o igual a 30 años.

Alcance y usuarios

El Instituto Nacional de Salud (INS) busca a través de esta guía, proveer recomendaciones informadas en la evidencia para la prevención, detección y tratamiento de lesiones precancerosas del cuello uterino en mujeres.

Las recomendaciones están dirigidas al personal del sector salud responsable de la atención integral de las pacientes en los diferentes establecimientos del SNIS: personal médico: colposcopistas, ginecólogos, infectólogos, generales y de familia; personal de enfermería y trabajadores comunitarios de los programas de salud reproductiva, servicios prenatales y

posnatales, servicios de anticoncepción, programas de control de ITS/ VIH y otros prestadores de servicios que brindan atención a la población de pacientes incluida en esta guía. También está destinada para tomadores de decisiones y miembros de entidades gubernamentales con el fin de facilitar el proceso de implementación.

En esta guía se incluye lo siguiente:

- Pruebas de detección primaria de lesiones premalignas.
- Edad promedio para realizar el primer tamizaje y para discontinuarlo.
- Intervalos recomendados para el tamizaje.

- Tratamiento para lesiones precancerosas.
 - Profilaxis con antibioticoterapia posterior al procedimiento de escisión.
 - Seguimiento de las pacientes.
- Esta guía no aborda aspectos relacionados a la prevención, manejo de complicaciones y manejo del cáncer invasivo del cérvix.

Ámbito asistencial y lugar de aplicación

Todos los establecimientos del SNIS (Sistema Nacional Integrado de Salud), direcciones y/o unidades responsables de desarrollar guías de atención y protocolos de salud nacionales.

Cómo usar esta guía

Cada pregunta clínica presenta un grupo de recomendaciones y buenas prácticas para el tamizaje, detección y tratamiento de lesiones precancerosas del cuello uterino. En cada recomendación se presenta la calidad de la evidencia siguiendo el sistema GRADE(8):

Tabla 2. Niveles de calidad de la evidencia de acuerdo con el sistema GRADE:

Calidad de la evidencia	Características
Alta ⊕⊕⊕⊕	Es muy poco probable que nuevos estudios cambien la confianza que se tiene en el resultado estimado.
Moderada ⊕⊕⊕○	Es probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado.
Baja ⊕⊕○○	Es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado.
Muy baja ⊕○○○	Cualquier resultado estimado es muy incierto.

Las recomendaciones incluyen la fuerza de la recomendación de acuerdo con el sistema GRADE (8)

Tabla 3. Fuerza de la Recomendación de acuerdo con el sistema GRADE:

Fuerza de la Recomendación	Significado
Fuerte a favor 	Las consecuencias deseables claramente sobrepasan las consecuencias indeseables. SE RECOMIENDA HACERLO

Fuerza de la Recomendación	Significado
Condicional a favor 	Las consecuencias deseables probablemente sobrepasan las consecuencias indeseables. Es probable que nuevos estudios cambien la recomendación. SE SUGIERE HACERLO
Condicional en contra 	Las consecuencias indeseables probablemente sobrepasan las consecuencias deseables. Es probable que nuevos estudios cambien la recomendación de no realizar la recomendación. SE SUGIERE NO HACERLO
Fuerte en contra 	Las consecuencias indeseables claramente sobrepasan las consecuencias deseables. SE RECOMIENDA NO HACERLO

Preguntas

1. ¿Cuál es la eficacia y seguridad del uso de la prueba de detección de ADN del VPH frente a otras pruebas para la detección en mujeres de la población general y mujeres que viven con VIH?
2. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de las estrategias de detectar y tratar para el manejo de mujeres de la población en general?
3. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de las estrategias de detección, clasificación y tratamiento versus otra estrategia de detección, clasificación y tratamiento en las mujeres en general incluyendo la población de mujeres que viven con VIH?
4. ¿Cuál es la utilidad diagnóstica de las pruebas de detección de lesiones precancerosas del cuello uterino en una edad específica en mujeres en general y mujeres que viven con VIH?
5. ¿Cuál es la utilidad diagnóstica para usar la edad después de los 50 años frente a los 50 años como umbral para detener la detección del cáncer del cuello uterino en mujeres de la población general y mujeres que viven con VIH?
6. ¿Cuál es la eficacia y seguridad del seguimiento de las mujeres en periodos de tres, cinco o diez años después de un resultado negativo con la misma prueba de detección o con una diferente?
7. ¿Cuál es la eficacia y seguridad del seguimiento de las mujeres de la población general y mujeres que viven con VIH en periodos de 12 y/o 24 meses posterior a una prueba de detección positiva y un triaje negativo, con la prueba(s) igual o diferente(s)?
8. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de realizar como tratamiento la ablación térmica, versus crioterapia o LLETZ, o cono frío para mujeres con NIC 2-3 confirmada histológicamente?
9. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de realizar la escisión con asa versus conización con bisturí frío en mujeres de la población general con adenocarcinoma in situ incluyendo las mujeres que viven con VIH?
10. ¿Cuál es la eficacia y la seguridad del uso profiláctico de antibióticos para la prevención de infecciones después de un procedimiento de escisión en mujeres con antecedentes de lesión premaligna del cérvix?

11. ¿Cuál es la eficacia y seguridad del uso de la prueba de detección de ADN del VPH, como prueba de detección primaria frente a otras pruebas para la detección y tratamiento de lesiones precancerosas del cérvix en mujeres que viven con VIH?
12. ¿Cuál es la eficacia y seguridad del seguimiento de las mujeres que viven con VIH en periodos de tres, cinco o diez años después de un resultado negativo con la misma prueba de detección?
13. ¿Cuál es la utilidad diagnóstica de las pruebas de detección de lesiones precancerosas del cuello uterino en una edad específica en mujeres que viven con el VIH?

■ Métodos de detección y tratamiento

En este documento, se distinguen dos enfoques para la detección y el tratamiento: el enfoque de detección y tratamiento y el enfoque de detección, clasificación y tratamiento.

Enfoques de detección y tratamiento

- En el **"enfoque de detección y tratamiento"**, la decisión de tratar se basa únicamente en una prueba de detección primaria positiva.
- En el **"enfoque de detección, clasificación y tratamiento"**, la decisión de tratar se basa en una prueba de detección primaria positiva seguida de una segunda prueba positiva (una prueba de "traje"), con o sin diagnóstico confirmado histológicamente.

Enfoque de detección y tratamiento, el tratamiento se proporciona con base a una prueba de detección primaria positiva únicamente, sin clasificación (es decir, sin una segunda prueba de detección y sin diagnóstico histopatológico).

Cuando el paciente es elegible para el tratamiento ablativo, lo ideal es que se haga de inmediato, en la misma visita que la prueba de detección (el enfoque de visita única). En algunas instalaciones, esto no es factible y se necesita una segunda visita (el enfoque de visitas múltiples).

Las mujeres que no son elegibles para la ablación pueden recibir tratamiento de escisión el mismo día si la clínica tiene la

capacidad para la escisión de asa grande de la zona de transformación (LLETZ)¹. Si LLETZ no está disponible en el lugar, las mujeres deben ser derivadas para el tratamiento de escisión o para una evaluación adicional.

En un enfoque de detección, clasificación y tratamiento, la prueba de clasificación se realiza si la prueba de detección primaria es positiva, y la decisión de tratar se toma cuando tanto la prueba primaria como la prueba de clasificación son positivas.

Una prueba de traje positiva puede dar lugar a una colposcopia con biopsia y examen diagnóstico histopatológico para diagnóstico y determinar el tratamiento adecuado. Sin embargo, la implementación de la colposcopia y la biopsia puede ser un desafío, por lo que esta guía también considera estrategias de clasificación que no dependen de la disponibilidad de la colposcopia.

Cuando la prueba de detección primaria es positiva y la prueba de traje es negativa, las mujeres necesitan una evaluación de seguimiento adecuada en una fecha específica de acuerdo con las recomendaciones.

Metodología

Para la adaptación de esta guía se siguió la metodología recomendada por el Manual para el desarrollo de guías de la Organización Mundial de la Salud y la Directriz para el Fortalecimiento de los programas nacionales de guías informadas por la evidencia, de la Organización Panamericana de la Salud(OPS)(9).

Composición del grupo desarrollador

El grupo desarrollador contó con la participación de profesionales miembros del Instituto Nacional de Salud y de unidades y direcciones del Ministerio de Salud, establecimientos de salud del SNIS del área de colposcopia, ginecología, epidemiología, salud pública y la representación técnica de Basic Health International en El Salvador. El aspecto metodológico de la guía fue coordinado por la parte técnica del INS y asesoría metodológica de OPS.

Declaración de conflicto de interés

Todos los miembros del GDG y panel de expertos, así como las personas que participaron tanto en la revisión externa, firmaron un formato de conflicto de intereses. El análisis de los conflictos se realizó por la coordinación de la guía. No se encontró ningún investigador que cuente con conflictos de intereses que afecten su juicio para el desarrollo de la guía. En el **Anexo 1** de la GPC VC se encuentra la evaluación.

Proceso de adaptación de la guía de práctica clínica para El Salvador

Selección del tema de la guía

De acuerdo con la metodológica de adaptación de OPS, se priorizaron las preguntas clínicas y las recomendaciones provenientes de la Guía de la OMS para la detección y el tratamiento de lesiones precancerosas de cuello uterino para la prevención del cáncer de cuello uterino, segunda edición año 2021 y una pregunta de las Directrices de la OMS para el uso de la ablación térmica para lesiones pre-

cancerosas del cuello uterino año 2019. La calidad metodológica de estas está establecida bajo la metodología GRADE. Se gestionó y obtuvo previamente el consentimiento de la OPS para adaptarlas.

EL GDG procedió a realizar una búsqueda sistemática de la literatura con el objeto de identificar GPC nacionales e internacionales que abordaran el tema sobre la detección y el tratamiento de lesiones precancerosas de cuello uterino para la prevención del cáncer del cuello uterino que guardaran similitud con los alcances y objetivos propuestos para esta guía.

Se evaluó la calidad de las GPC recuperadas con el instrumento AGREE II(10) y fueron calificadas con el fin de obtener la calidad global de las guías y las directrices. Posteriormente, a través de una matriz de decisión que considera los aspectos siguientes: las guías identificadas deben guardar relación con los alcances y objetivos de la GPC objeto de desarrollo; deben ser recomendadas de acuerdo con la herramienta AGREE II; deben contar con las tablas de evidencia, fecha de publicación en los últimos cuatro años y debe usar el enfoque GRADE. El reporte del proceso de selección de las guías a adaptar, se encuentra en el **Anexo 2** de la GPC VC.

Revisión de las preguntas

Los miembros del GDG revisaron y validaron las preguntas contenidas en la guía y una pregunta de la directriz de la OMS y OPS respectivamente, relacionadas al uso de la ablación térmica para el tratamiento de lesiones precancerosas del cuello uterino. Estas están diseñadas en formato PICO; además aprobaron incluir una nueva pregunta relacionada al uso de antibiótico profiláctico posterior a realizar el procedimiento de escisión de la zona de transformación del cuello uterino. Este es uno de

los procedimientos utilizados para reducir el riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino, ya que los antibióticos a veces se administran antes de los procedimientos quirúrgicos para prevenir el desarrollo de infecciones (profilácticos), en lugar de tratar una infección existente. Sin embargo, los antibióticos profilácticos pueden no ser necesarios o efectivos existiendo una preocupación cada vez mayor sobre el uso irracional de antibióticos que promueve la resistencia bacteriana a los antibióticos y pueden causar efectos adversos en las pacientes. Además, se integró una pregunta relacionada a la inclusión de la ablación térmica como tratamiento alternativo proveniente de *las Directrices de la OMS para el uso de la ablación térmica para el tratamiento de lesiones precancerosas del cuello uterino*.

Búsqueda de la evidencia

Para cada pregunta, se dio inicio a un proceso sistemático y riguroso de búsqueda de la información. Se identificó y recuperó la evidencia disponible contenida en los anexos de la Guía de la OMS para la detección y el tratamiento de lesiones precancerosas de cuello uterino para la prevención del cáncer de cuello uterino, segunda edición año 2021, proveniente de múltiples bases de datos (Incluyendo MEDLINE, Embase y la Biblioteca Cochrane Epistemonikos). Asimismo, registros de ensayos y La revisión de la literatura utilizada para el desarrollo de los manuales IARC (Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer) de prevención del cáncer: detección del cáncer de cuello uterino, vol. 18 (11). Se utilizó un enfoque jerárquico para evitar la duplicación de revisiones que se habían publicado previamente; se buscaron revisiones sistemáticas preexistentes de ensayos clínicos además de las recuperadas de la guía previa. Se incluyeron las revisiones sistemáticas nuevas o actualizaciones para determinar los efectos de las intervenciones (incluidas las pruebas de detección) en los resultados y la precisión de las prue-

bas de detección en la población general de mujeres y en mujeres que viven con VIH. Luego, se buscaron estudios primarios cuando no se disponía de revisiones sistemáticas (aleatorizados o no).

Se realizó una búsqueda en base de datos Pubmed de los últimos cinco años a julio del año 2022 sin filtros de idiomas para la pregunta relacionada con el uso profiláctico de antibiótico posterior a procedimiento de escisión.

Inclusión de evidencia local

Los miembros del GDG identificaron estudios en bases de datos y literatura gris acerca de detección y tratamiento de las lesiones premalignas del cérvix, los cuales fueron evaluados e incluidos en la evidencia que apoya las recomendaciones de la guía.

Adicionalmente se revisaron diferentes fuentes, como el repositorio de tesis de pre y postgrado de la Universidad de El Salvador, artículos de investigación: Prevención del cáncer de cuello uterino en El Salvador: un proyecto de demostración basado en la prueba del VPH: cambiando el paradigma de la prevención secundaria en un país de ingresos medianos bajos(12) y Prevención del cáncer cervicouterino en El Salvador: Logros hasta la fecha y desafíos para el futuro(7). Además informe sobre Diagnósticos de cáncer al alza en El Salvador por la dirección de Enfermedades Crónicas no transmisibles, documentos elaborados por el Ministerio de Salud de El Salvador.

Modelamiento de la evidencia para cáncer de cérvix

Los ensayos clínicos aleatorizados evalúan la eficacia de las intervenciones. Sin embargo, por el tiempo de seguimiento de estos estudios, no es posible recolectar desenlaces importantes en cáncer. Por lo tanto, el análisis de la eficacia y seguridad de intervenciones para la prevención del cáncer de cérvix utilizando el mode-

lamiento matemático es una herramienta que permite identificar desenlaces relevantes a largo plazo.

Los objetivos del análisis desarrollado para la guía son: modelar la ampliación del tratamiento del cáncer incluyendo la vacunación contra el VPH y el tamizaje de cuello uterino y evaluar el impacto de lograr los objetivos de la triple intervención 90-70-90 (cobertura del 90 % de la vacunación contra el VPH, una cobertura del 70 % de la detección dos veces durante la vida y un acceso del 90 % a los servicios de tratamiento y cuidados paliativos del cáncer y precáncer de cuello uterino para 2030) sobre la mortalidad por cáncer de cuello uterino y las muertes evitadas durante el próximo siglo y evaluar el potencial de la estrategia de eliminación del cáncer de cuello uterino para lograr una reducción de un tercio en la mortalidad prematura por cáncer de cuello uterino para 2030.

Para elaborar el modelo se consideró la transmisión dinámica de la infección por VPH (y por lo tanto, pudieron capturar los efectos de la inmunidad colectiva); se proyectó el impacto de la vacunación contra el VPH, el tamizaje cervical y el tratamiento de lesiones precancerosas y la ampliación del tratamiento clínico y del cáncer detectado por tamizaje a nivel de país. Las estimaciones del Observatorio Mundial del Cáncer (GLOBOCAN) de 2018 se basan en la información del registro de cáncer certificado por la IARC y se utilizaron para alimentar los datos del modelo cuando estuvieron disponibles en un país (incluyendo El Salvador) o en una serie de métodos de estimación si no hay datos de registro verificados disponibles. También, se consideraron revisiones sistemáticas de eficacia, seguridad, y utilidad diagnóstica para alimentar el modelo.

Formulación de las recomendaciones

Las recomendaciones fueron formuladas en dos pasos.

Primero: el GDG revisó y reformuló las recomendaciones preliminares de la Guía de la OMS para la detección y el tratamiento de lesiones precancerosas de cuello uterino para la prevención del cáncer de cuello uterino, segunda edición año 2021, considerando la evidencia de la guía, evidencia local, sistema de salud de El Salvador, normativa vigente, el balance de riesgos y beneficios, preferencias de las pacientes y las capacidades para la implementación (equidad, recursos, aceptabilidad y factibilidad) en el contexto del país.

Se realizó la revisión de las recomendaciones con el apoyo de miembros del grupo desarrollador, contando con la participación de expertos temáticos (ginecólogos, colposcopistas, epidemiólogos y salubristas) quienes externaron la necesidad de incorporar como parte del tratamiento alternativo la ablación térmica. Esto llevó a adaptar las Directrices de la OMS para el uso de la ablación térmica para las lesiones precancerosas del cuello uterino año 2019, una recomendación y puntos de buena práctica dado que aplica a la población diana que tiene esta guía. Asimismo, enfatizaron sobre puntos de buena práctica en el seguimiento de pacientes embarazadas con resultado VPH positivo y resultado de la impresión colposcópica con displasia moderada, severa o carcinoma in situ ya que deben mantenerse en vigilancia y evaluar el progreso de la lesión durante el resto del embarazo.

Además, los miembros del grupo desarrollador acordaron generar evidencia en lo relacionado al uso profiláctico de antibióticos posterior al tratamiento de escisión formulándose una recomendación que sería aplicada tanto a la población general de mujeres como en las mujeres viviendo con el VIH y generar un punto de buena práctica, recomendando mantener las técnicas de sepsia y antisepsia previa a todo procedimiento.

Segundo: las recomendaciones se discutieron y ajustaron en un panel de expertos con representantes de las pacientes, sociedades médicas y expertos del SNIS, quienes contribuyeron a definir la fuerza de las recomendaciones, validando cada una de ellas. Se utilizó el enfoque GRADE para reformular las recomendaciones y la calificación del grado de recomendación. La información que se generó en el panel se presentó de forma descriptiva dentro de cada pregunta con el resumen de la evidencia y en las tablas de la evidencia a la recomendación EtD, (por sus siglas en inglés) que presentan los juicios como la magnitud del problema, efectos deseables e indeseables, balance de los efectos, valores y preferencias, recursos requeridos, equidad, aceptabilidad y factibilidad(13), de acuerdo con el contexto nacional. Se presentan en el **Anexo 8** de la GPC VC.

En cuanto a la fortaleza de la recomendación, GRADE propone dos grados de recomendación: fuerte o condicional. Cuando los efectos deseables de una intervención sobrepasan claramente los efectos indeseables, el panel de expertos emitió una recomendación fuerte. Por otra parte, cuando el balance entre los efectos deseables e indeseables de la intervención es menos claro, ya sea en virtud de calidad baja o muy baja de la evidencia, la incertidumbre o variabilidad en los valores y preferencias, la preocupación en torno a que la intervención demanda un amplio consumo de recursos, o bien, porque la evidencia sugiere escasa diferencia entre los efectos deseables y los efectos indeseables de la intervención, el panel emitió una recomendación condicional. La evaluación AMSTAR-2 para cada una de las revisiones sistemáticas incluidas se presenta dentro del cuerpo de la evidencia y los perfiles de evidencia GRADE en el **Anexo 7** de la GPC VC.

La guía sigue la metodología propuesta por el sistema GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation), e implementan los siguientes grados de recomendación(8):

Tabla 4. Fuerza de la Recomendación de acuerdo con el sistema GRADE:

Fuerza de la Recomendación	Significado
Fuerte a favor	<p>Las consecuencias deseables claramente sobrepasan las consecuencias indeseables.</p> <p>SE RECOMIENDA HACERLO</p>
Condicional a favor	<p>Las consecuencias deseables probablemente sobrepasan las consecuencias indeseables. Es probable que nuevos estudios cambien la recomendación.</p> <p>SE SUGIERE HACERLO</p>
Condicional en contra	<p>Las consecuencias indeseables probablemente sobrepasan las consecuencias deseables. Es probable que nuevos estudios cambien la recomendación de no realizar la recomendación.</p> <p>SE SUGIERE NO HACERLO</p>
Fuerte en contra	<p>Las consecuencias indeseables claramente sobrepasan las consecuencias deseables.</p> <p>SE RECOMIENDA NO HACERLO</p>

Cada recomendación presenta la fuerza de la recomendación según el enfoque GRADE que se interpreta como se muestra en la siguiente Tabla 5(14):

	Recomendaciones fuertes	Recomendaciones condicionales
Para pacientes	La mayoría de los individuos en esta situación desearían el curso de acción recomendado y solo una pequeña proporción no lo desearía.	La mayoría de los individuos desearían el curso de acción sugerido, pero muchos no lo aceptarían.
Para usuarios de las directrices	<p>La mayoría de los individuos debería recibir el curso de acción recomendado. La adherencia a esta recomendación de acuerdo con las directrices podría ser usada como un criterio de calidad o un indicador de rendimiento.</p> <p>Es poco probable que se necesite colaboración en las decisiones formales para ayudar a los individuos a tomar decisiones coherentes con sus valores y preferencias</p>	<p>Reconocer qué opciones diferentes serían apropiadas para distintos pacientes, y que se debe ayudar para que cada paciente alcance una decisión de manejo consistente con sus valores y preferencias. Las colaboraciones en las decisiones pueden resultar útiles al momento de ayudar a los individuos en la toma de decisiones coherentes con sus valores y preferencias. Los médicos deben saber que pasarán más tiempo con los pacientes en el proceso de la toma de decisión.</p>
Para desarrolladores de políticas	La recomendación se puede adaptar como política en la mayoría de las situaciones, incluido su uso como indicador de rendimiento.	<p>Formular políticas requeriría de debates importantes y la participación de muchas partes interesadas.</p> <p>Es muy probable que las políticas varíen entre las regiones. Los indicadores de resultado tendrían que centrarse en el hecho de que ha tenido lugar una deliberación adecuada acerca de las opciones de manejo.</p>

Tomado de: GRADE working group. Manual GRADE en español.

Disponible en: <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/translations/es/handbook.html>

Consideraciones de implementación

Se creó un módulo de implementación que presenta las barreras, estrategias de implementación y los actores que apoyan el proceso. Estos fueron identificados a través de la revisión de la literatura y las experiencias de los expertos. La información fue consolidada en unas tablas diseñadas para presentar los componentes clave de implementación de la guía considerando los diferentes niveles del proceso. Adicionalmente se incluyeron indicadores de proceso y de resultado.

Incorporación de los costos y las preferencias de los pacientes

En estas directrices se consideraron los costos relacionados con el tamizaje, clasificación y manejo de las pacientes con lesiones del cuello del útero y las preferencias de las pacientes, obtenidas a partir de la experiencia del panel de expertos, pacientes y de la revisión de la literatura.

Incorporación de comentarios de los pares evaluadores

Esta guía fue revisada de forma independiente por pares expertos en métodos y contenido temático. Sus aportes fueron incorporados al documento si el GDG lo consideró a lugar. A través de un formato se brindó respuesta a cada uno de los aportes presentados.

Financiamiento

Esta guía fue financiada por el Instituto Nacional de Salud.

Independencia editorial

Las recomendaciones formuladas se realizaron de forma independiente, sin intervención del financiador.v

Actualización

Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los tres o cinco años de publicación.

Consideraciones importantes para las recomendaciones

Pruebas de tamizaje y triaje consideradas en esta guía

Pruebas de ADN de VPH de alto riesgo: estas pruebas identifican un grupo de genotipos de VPH cancerígenos de alto riesgo, que generalmente incluyen hasta 14 tipos (VPH 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 y 59, que son carcinógenos del Grupo 1, y HPV66 y 68)(21). HPV16 y 18 son los genotipos de mayor riesgo y son los más comunes en los cánceres. Algunas de las pruebas en el mercado brindan información sobre genotipos específicos de VPH, como VPH 16 y 18. Nos referimos a las pruebas de VPH con genotipado parcial cuando informan VPH 16 y 18 (incluido VPH 45 en algunos casos) y otros tipos cancerígenos por separado. Otras pruebas de VPH pueden proporcionar una genotipificación extendida, cuando informan tipos o grupos de tipos adicionales, como HPV 31, 33, 35, 45, 52 y 56. Esta guía se refiere específicamente a la genotipificación parcial (es decir, la detección de HPV16 y 18 versus otros tipos cancerígenos) para identificar a las mujeres con mayor riesgo de cáncer de cuello uterino entre las que dieron positivo para el VPH. Para la prueba de ADN del VPH, se puede usar el auto muestreo o el muestreo del proveedor.

En esta guía, una prueba de ADN del VPH significa una prueba de ADN del VPH de alto riesgo, que es una prueba de amplificación de ácido nucleico (AAN).

Citología: las pruebas de citología (incluida la prueba de frotis de Papanicolaou y la citología de base líquida (CBL) identifican células atípicas en el cuello uterino mediante la preparación e interpretación de portaobjetos mediante microscopía por parte de un experto capacitado. La CBL requiere un procesamiento sofisticado para crear portaobjetos a partir de muestras líquidas. El umbral utilizado en esta guía para identificar la necesidad de una evaluación o tratamiento adicional es un resultado citológico de células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) combinado con la presencia de VPH de alto riesgo.

Inspección visual con ácido acético (IVAA): la prueba IVAA utiliza ácido acético diluido (vinagre) en el cuello uterino sin aumento para identificar lesiones acetoblancas que necesitan tratamiento (p. ej., ablación o escisión) o evaluación adicional. La IVAA no es apropiado para

su uso en mujeres cuando la zona de transformación ya no es visible o después de la menopausia. Esta guía hace una distinción entre el uso de la IVAA como prueba de tamizaje o triaje y la evaluación de la elegibilidad para el tratamiento (después de un tamizaje positivo) usando ácido acético y evaluación visual.

Evaluación visual para determinar la elegibilidad para el tratamiento versus inspección visual con ácido acético (IVAA) como prueba de detección

Hay una distinción en estas recomendaciones entre (a) el uso de una evaluación visual para evaluar la elegibilidad para el tratamiento ablativo y (b) el uso de la IVAA como prueba de detección como parte de un algoritmo para determinar si tratar o no. Esta distinción se ilustra en los siguientes escenarios:

1. En la estrategia de detección y tratamiento de la prueba de VPH, las mujeres que son VPH negativas no reciben tratamiento ni se evalúan más. Todas las mujeres que son VPH positivas deben recibir tratamiento, pero primero se debe evaluar la elegibilidad para el tratamiento ablativo con la aplicación de ácido acético y una evaluación visual a simple vista o con un colposcopio. Aquellos que no son elegibles para el tratamiento ablativo deben ser derivados para un tratamiento por escisión o una evaluación adicional.

2. En la prueba de detección de VPH, estrategia de triaje y tratamiento, las mujeres que son VPH negativas no reciben tratamiento ni se evalúan más.

Las mujeres con VPH positivo se someten a una IVAA como prueba de clasificación para determinar si deben recibir tratamiento. Las mujeres que son VPH positivas y IVAA positivas serán tratadas con ablación si es adecuado, o derivadas para un tratamiento de escisión o una evaluación adicional, mientras que las mujeres VPH positivas e IVAA negativas no serán tratadas, sino que se les hará un seguimiento.

Colposcopia: La colposcopia se utiliza para evaluar el epitelio de la zona de transformación para determinar su tipo, si hay o no evidencia de anormalidad y cuando esté indicado para facilitar una biopsia o tratamiento. No se usa comúnmente como una herramienta de detección. La colposcopia también se puede usar después de una prueba de detección primaria positiva, para evaluar si la terapia ablativa o escisional es apropiada.

Pruebas de triaje: Las pruebas de triaje consideradas en esta guía incluyen el genotipado parcial del ADN del VPH de alto riesgo, la citología, la IVAA y la colposcopia que pueden o no incluir una biopsia para el diagnóstico histológico. Algunas de estas pruebas de triaje pueden realizarse secuencialmente (p. ej., citología seguida de colposcopia con biopsia).

Resumen de las recomendaciones

Rc: recomendación clave para el proceso de implementación que podría generar el mayor impacto en la variación de la práctica clínica o en el uso eficiente de los recursos en salud.

Rc

Pruebas de detección primaria

Recomendaciones para las mujeres de la población general y mujeres que viven con VIH

Fuerza de la recomendación	N°	Recomendación
Fuerte a favor  Rc 	1	Se recomienda utilizar la prueba de detección de ADN del VPH como la prueba de detección primaria en lugar de la inspección visual con ácido acético (IVAA) o citología en los enfoques de detección y tratamiento, en mujeres incluyendo población de mujeres que viven con VIH. Certeza de la evidencia: moderada ⊕⊕⊕○
Puntos de buena práctica (PBP) 	✓	La citología debe continuar como la prueba de detección primaria hasta que la prueba de ADN del VPH sea operativa
Fuerte a favor 	2	En mujeres incluyendo la población que vive con VIH, al realizar la prueba de detección de ADN del VPH, se sugiere usar las muestras tomadas por un trabajador de salud o por la misma paciente. Certeza de la evidencia: baja ⊕⊕○○

Detección y tratamiento / Detección, clasificación y tratamiento

Fuerza de la recomendación	N°	Recomendación
Fuerte a favor  Rc 	3	En las mujeres en general, al usar la prueba de tamizaje de ADN del VPH para la estrategia de detección y tratamiento, se sugiere iniciar tratamiento en las pacientes con resultado positivo de la prueba. Certeza de la evidencia: moderada ⊕⊕⊕○
Condiciona a favor 	4	En mujeres incluyendo la población de mujeres que viven con VIH, al usar la prueba de detección de ADN del VPH como prueba primaria para el tamizaje, clasificación y el tratamiento, se sugiere usar la genotipificación parcial, la colposcopia, la inspección visual con ácido acético o la citología para clasificar a las mujeres después de conocer el resultado positivo de una prueba de detección de ADN del VPH. Certeza de la evidencia: moderada ⊕⊕⊕○

Fuerza de la recomendación	N°	Recomendación
Fuerte a favor 	✓	Los beneficios, daños y costos programáticos de las opciones de triaje son similares; por lo tanto, la elección del método de clasificación dependerá de la viabilidad, la capacitación, la garantía de calidad del programa y los recursos con los que dispongan las instituciones.

Edad para iniciar o detener el tamizaje

Fuerza de la recomendación	N°	Recomendación
Fuerte a favor  	5	En las mujeres en general, se recomienda comenzar a realizarse de forma rutinaria las pruebas de detección del cáncer del cuello uterino a los 30 años. Certeza de la evidencia: moderada ⊕⊕⊕○
PBP 	✓	Se puede considerar el tamizaje para mujeres menores de 30 años (de la población general y mujeres que viven con VIH), si se identifican factores de riesgo para ocurrencia de lesiones premalignas del cérvix.
Fuerte a favor  	6	Después de los 50 años, en mujeres en general incluyendo la población que vive con VIH, se sugiere dejar de realizarse la prueba de detección después de dos resultados negativos consecutivos con los intervalos rutinarios recomendados para la prueba.
PBP 	✓	Los profesionales de la salud deben tomar en cuenta que la inspección visual con ácido acético y el tratamiento ablativo no son métodos adecuados para la detección o el tratamiento de mujeres en quienes la zona de transformación no es visible. La visualización se dificulta después de la menopausia ya que la unión escamo-columnar y la zona de transformación se desplazan dentro del canal cervical.
PBP 	✓	Se debe dar prioridad al tamizaje de mujeres de la población en general en edades de 30 a 49 años. Cuando las pruebas de ADN del VPH estén disponibles para aplicarlas a mujeres de 50 a 65 años, también se debe priorizar a aquellas en ese grupo de edad que nunca han sido examinadas.

Intervalos de detección

Fuerza de la recomendación	N°	Recomendación
Condicional a favor   Rc	7	Se sugiere un intervalo de detección regular cada cinco a diez años, cuando se usa ADN del VPH como la prueba de detección primaria entre la población general de mujeres. Certeza de la evidencia: muy baja ⊕○○○
Condicional a favor 	8	Se sugiere realizar la prueba con un intervalo rutinario cada tres años cuando se usa citología como prueba de detección primaria en mujeres en general incluyendo la población que vive con VIH. Certeza de la evidencia: muy baja ⊕○○○
PBP 	✓	Se puede considerar un intervalo rutinario de cada dos años cuando se decida realizar el tamizaje primario con citología para mujeres (de la población general y mujeres que viven con VIH) menores de 30 años o de 60 años o más.

Seguimiento después de una prueba de triaje negativa o después del tratamiento

Fuerza de la recomendación	N°	Recomendación
Fuerte a favor   Rc	9	Se sugiere para la población general de mujeres que dieron positivo en una prueba de detección primaria de ADN del VPH y luego negativa en una prueba de triaje, vuelvan a realizar la prueba de ADN del VPH a los 12 meses y si el resultado es negativo, pasen al intervalo de detección regular recomendado. Certeza de la evidencia: baja ⊕⊕○○
Fuerte a favor 	10	Se sugiere en el caso de mujeres en general incluyendo la población que vive con VIH, que obtienen un resultado positivo en la detección primaria usando la citología y luego presentan resultados normales en una coloscopia, realizar la prueba de detección de ADN del VPH a los 12 meses y, si el resultado de esa prueba es negativo, continuar con el intervalo de pruebas rutinario recomendado. Certeza de la evidencia: baja ⊕⊕○○

Fuerza de la recomendación	N°	Recomendación
Condicional a favor ● Rc	11	<p>Se sugiere en el caso de mujeres en general incluyendo la población que vive con VIH, que hayan recibido tratamiento como resultado de una prueba de detección positiva o por diagnóstico confirmados de NIC 2, NIC 3, o adenocarcinoma in situ (AIS) de forma histopatológica, repitan la prueba a los 12 meses y si está disponible, usen una prueba de detección de ADN del VPH, en lugar de una citología, una inspección visual con ácido acético o las dos pruebas y si el resultado es negativo, continúen con el intervalo de pruebas rutinario recomendado.</p> <p>Certeza de la evidencia: baja ⊕⊕○○</p>
PBP ●	✓	<p>A medida que los programas introduzcan la prueba de ADN para el VPH, utilice esta prueba en la próxima fecha de examen de rutina de la mujer independientemente de la prueba que se utilizó en la detección anterior.</p> <p>En los programas que emplean la citología en el tamizaje primario, la reevaluación con el mismo método debe continuar hasta que la prueba de ADN del VPH se encuentre disponible y operativa.</p>

Tratamiento para la población general de mujeres y mujeres que viven con el VIH

Fuerza de la recomendación	N°	Recomendación
Condicional a favor ● Rc	12	<p>Se sugiere LLETZ (escisión con asa de la zona de transformación), crioterapia o ablación térmica para tratar a todas las mujeres de la población general y las que viven con VIH que presenten enfermedad NIC 2+ confirmada histológicamente.</p> <p>Certeza de la evidencia: moderada ⊕⊕⊕○</p>
PBP ●	✓	<p>Una vez que se toma la decisión de tratar a una mujer, ya sea de la población general de mujeres o de la población que vive con VIH, es una buena práctica tratarla lo antes posible dentro de los seis meses siguientes, para reducir el riesgo de pérdida durante el seguimiento. Sin embargo, en mujeres que están embarazadas, la buena práctica incluye el aplazamiento hasta después del embarazo.</p> <p>En circunstancias en las que el tratamiento no se proporciona dentro de este plazo, es una buena práctica reevaluar a la mujer antes del tratamiento.</p>
PBP ●	✓	<p>La elección de LLETZ, crioterapia o ablación térmica depende de la experiencia, la capacitación, el equipo, los insumos disponibles, la infraestructura y los recursos de un programa.</p>

Fuerza de la recomendación	N°	Recomendación
PBP 	✓	Todas las instituciones del SNIS deben desarrollar un proceso de capacitación planificada, organizada y específica, como un mecanismo de promover el acceso al derecho a la salud de las personas para incidir sobre los problemas de salud, entre ellos el cáncer cervicouterino y de mama.
PBP 	✓	Si el resultado es positivo a lesión escamosa intraepitelial y elegible para aplicar el tratamiento de ablación y la institución no cuenta con personal capacitado para aplicación del método de ablación, se debe coordinar con SIBASI (Sistema Básico de Salud Integral), para realizar tratamiento.
PBP 	✓	<p>Los lineamientos técnicos para la prevención y control de cáncer cervicouterino y de mama del Minsal establecen para la paciente embarazada con resultado VPH positivo, que se debe referir y evaluar a la paciente en clínica de colposcopia. Si la impresión colposcópica es displasia moderada, severa o carcinoma in situ, la embarazada debe continuar su control prenatal en clínica de alto riesgo, o ginecólogo. Además, se debe dar seguimiento con colposcopia cada tres meses y evaluar el progreso de la lesión durante el resto del embarazo. Posteriormente, se deberá programar evaluación colposcópica a las 12 semanas post parto, en la que se evalúe la toma de biopsia y/o legrado endocervical para descartar invasión.</p> <p>Si se confirma invasión en la embarazada, el personal de salud debe referir inmediatamente a la mujer a oncología de Hospital Nacional de la Mujer, para evaluar el tratamiento y continuar su control prenatal en consulta externa de medicina materno fetal.</p>
Fuerte a favor 	13	<p>Se sugiere realizar una escisión con asa quirúrgica de la zona de transformación (LLETZ), o una conización con bisturí en las mujeres con adenocarcinoma in situ confirmado por evaluación histopatológica, en el caso de mujeres en general incluyendo la población que vive con VIH.</p> <p>Calidad de la evidencia: baja ⊕⊕○○</p>
PBP 	✓	La escisión con asa quirúrgica (LLETZ) puede ser preferible en mujeres en edad reproductiva, en entornos con mayor disponibilidad de este método y por proveedores con mayor experiencia en el procedimiento. La conización con bisturí puede ser preferible cuando la interpretación de los márgenes de la muestra histológica es imprescindible.

Uso profiláctico de Antibióticos

Fuerza de la recomendación	N°	Recomendación
Fuerte a favor 	14	Se sugiere no utilizar antibióticos de forma profiláctica en mujeres de la población en general posterior al procedimiento de escisión de la zona de transformación del cuello uterino. Certeza de la evidencia: baja ⊕⊕○○ y muy baja ⊕○○○
PBP 	✓	Se recomienda mantener las técnicas de asepsia y anti-sepsia previa a todo procedimiento.

Recomendaciones y declaraciones de buenas prácticas: mujeres que viven con el VIH

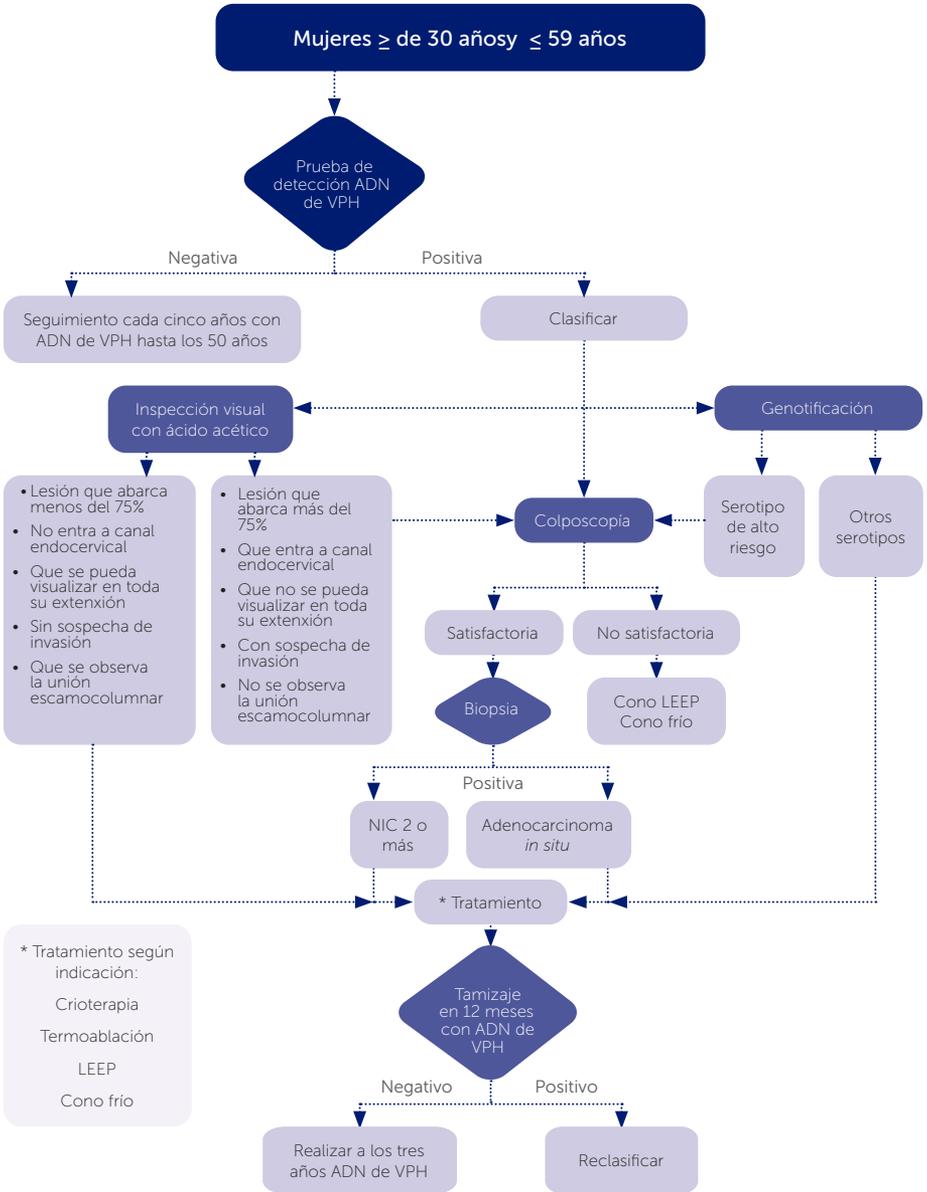
Detección y tratamiento versus detección, triaje y tratamiento

Fuerza de la recomendación	N°	Recomendación
Fuerte a favor  	15	En las mujeres que viven con VIH, se sugiere usar la prueba de ADN del VPH con triaje para la detección primaria, para detectar tempranamente el cáncer del cuello uterino. Certeza de la evidencia: moderada ⊕⊕⊕○
Condicional a favor 	16	Se sugiere un intervalo de detección regular de cada tres a cinco años cuando se utiliza la detección del ADN del VPH como prueba de detección primaria en las mujeres que viven con VIH. Certeza de la evidencia: baja ⊕⊕○○

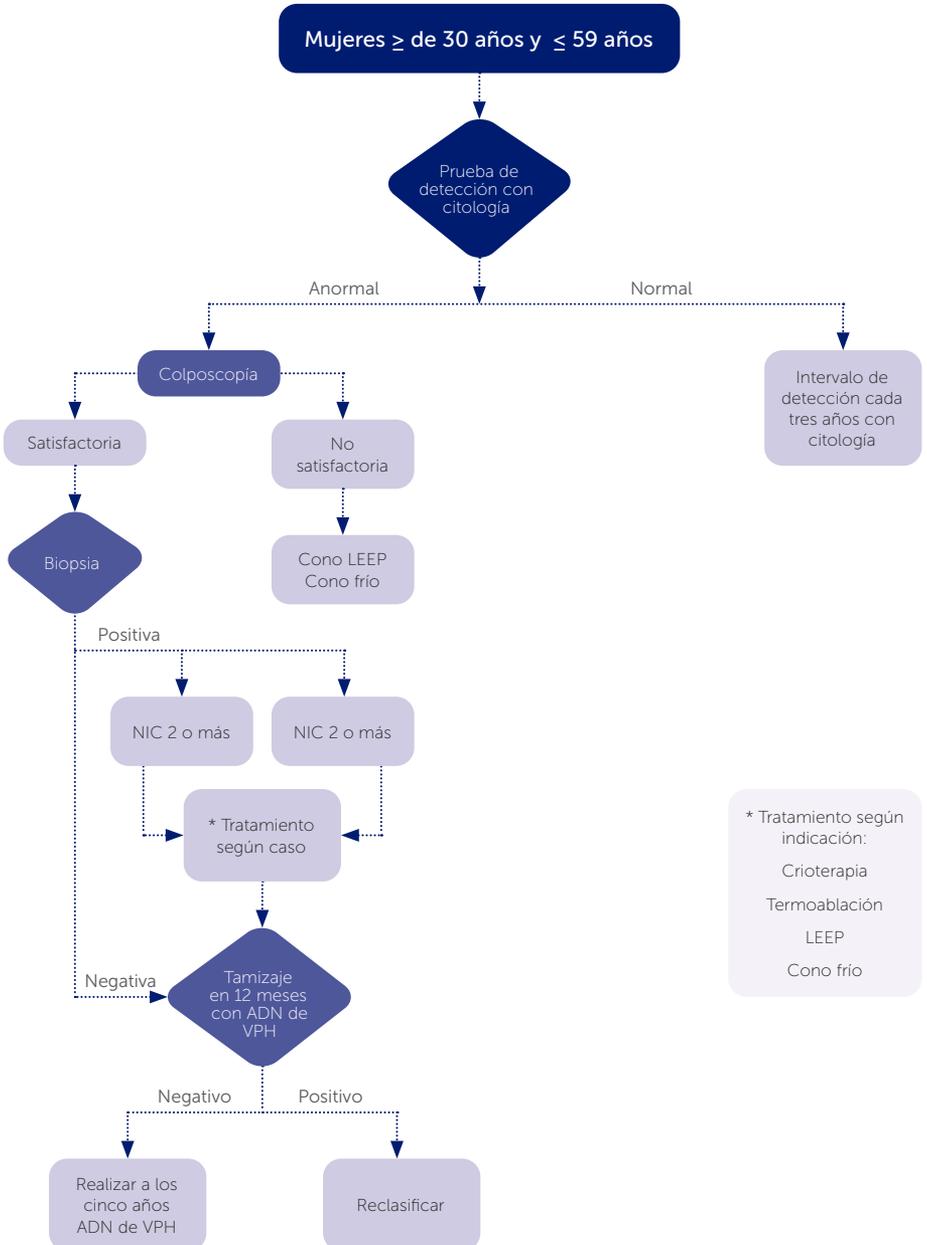
Edad para iniciar la detección

Fuerza de la recomendación	N°	Recomendación
PBP 	✓	En las mujeres que viven con VIH, debido a su estado de inmunosupresión, se sugiere comenzar a realizarse las pruebas de detección del cáncer del cuello uterino a los 25 años.
PBP 	✓	Se debe dar prioridad a la detección de mujeres que viven con VIH de 25 a 49 años. Cuando los métodos para realizar tamizaje estén disponibles, se deberá priorizar a las mujeres que viven con VIH de 50 a 65 años que nunca se han realizado pruebas.

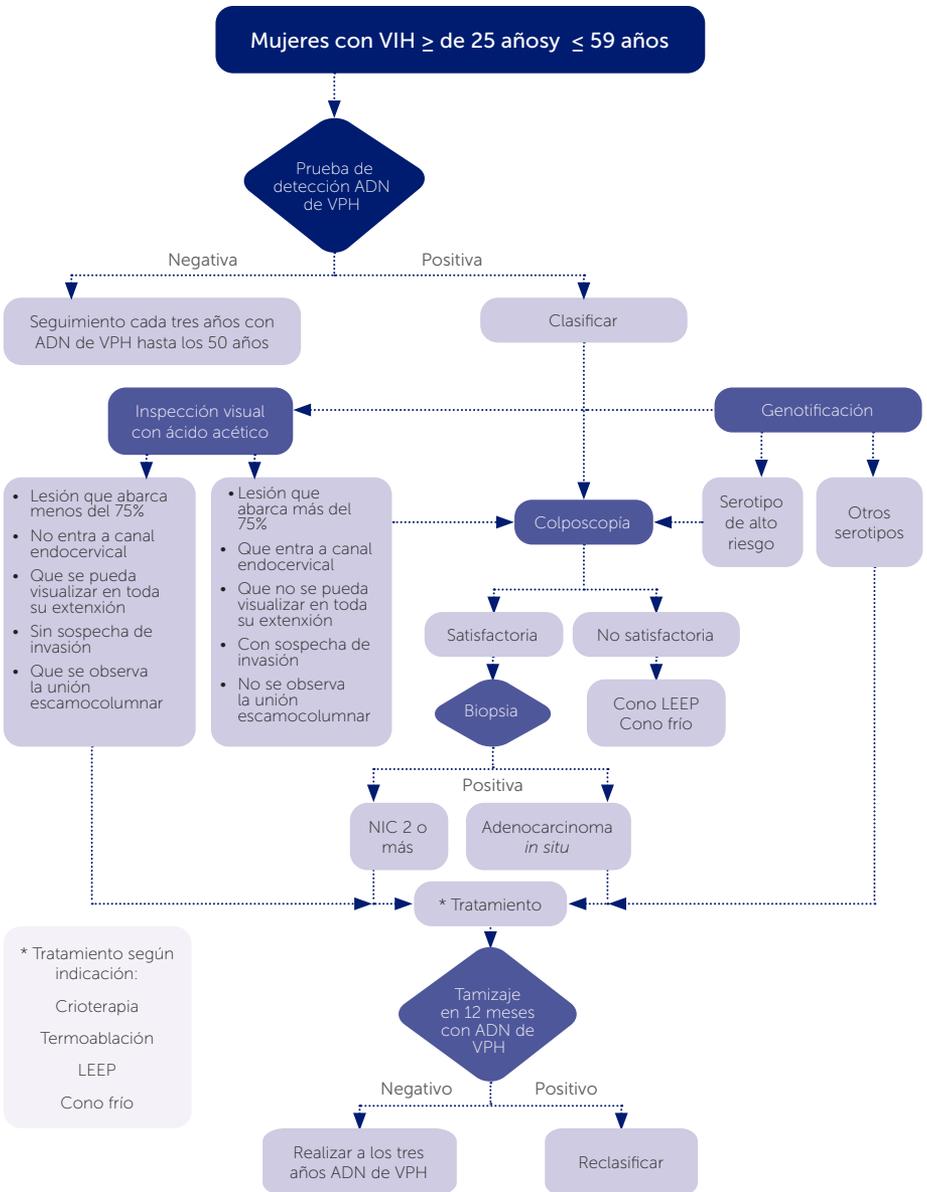
Flujograma en mujeres de la población general con prueba de detección VPH



Flujograma en mujeres de la población general con prueba de detección citológica



Flujograma en mujeres de la población general con prueba de detección VPH



Referencias bibliográficas

1. Polanco EB, Rodríguez NÁ, Villarpanda DG, Vázquez YB, González OR, Santana MO. Cáncer cérvico uterino: prevención y tratamiento Cervical uterine cancer: prevention and treatment. 2020;9.
2. Mora AS, Castillo AS, Ellis CG. Actualización de prevención y detección de cáncer de cérvix. Rev Medica Sinerg. 1 de marzo de 2020;5(3):e395-e395.
3. Pérez NP, Tedesco S, González F, Jordi JML, Rey G. Prevalence of HPV genotypes in cervical high risk intraepithelial lesions and cervical cancer in the population of Hospital de Clínicas. Montevideo-Uruguay. :9.
4. Mitchell C, <https://www.facebook.com/pahowho>. OPS/OMS | El cáncer cervicouterino es el tercero más frecuente entre las mujeres de América Latina y Caribe, pero se puede prevenir [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2019 [citado 29 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14947:cervical-cancer-is-the-third-most-common-cancer-among-women-in-latin-america-and-the-caribbean-but-it-can-be-prevented&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
5. Organización Mundial de la Salud. Cáncer cervicouterino. [citado 1 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
6. Unidad de Políticas de Programas Sanitarios, Ministerio de Salud de El Salvador. Cancer de Cervix. https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/webconferencias_2021/presentaciones/telesalud/presentacion20082021/CANCER-DE-CERVIX.pdf. :43.
7. Alfaro K, Soler M, Maza M, Flores M, López L, Rauda JC, et al. Cervical Cancer Prevention in El Salvador: Gains to Date and Challenges for the Future. Cancers. 3 de junio de 2022;14(11):2776.
8. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction—GRADE evidence profiles and summary of findings tables. J Clin Epidemiol. abril de 2011;64(4):383-94.
9. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 4 de marzo de 2022]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49145/9789275320167_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
10. AGREE II web [Internet]. [citado 17 de mayo de 2022]. Disponible en: [http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:4gHJahzNny0J:scholar.google.com/+Consortio+AGREE.+\(2009\)+Instrumento+AGREE+II.&hl=es&as_sdt=0,5](http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:4gHJahzNny0J:scholar.google.com/+Consortio+AGREE.+(2009)+Instrumento+AGREE+II.&hl=es&as_sdt=0,5)
11. IARC. Cervical Cancer Screening [Internet]. [citado 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/IARC-Handbooks-Of-Cancer-Prevention/Cervical-Cancer-Screening-2022>
12. Maza M, Alfaro K, Garai J, Velado MM, Gage JC, Castle PE, et al. Cervical cancer prevention in El Salvador (CAPE)—An HPV testing-based demonstration project: Changing the secondary prevention paradigm in a lower middle-income country. Gynecol Oncol Rep. 3 de marzo de 2017;20:58-61.
13. Evidence to Decision (EtD) framework | DECIDE (2011 – 2015) [Internet]. [citado 28 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.decide-collaboration.eu/evidence-decision-etd-framework>
14. GRADE handbook [Internet]. [citado 29 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html>
15. IARC. Biological Agents [Internet]. [citado 2 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/IARC-Monographs-On-The-Identification-Of-Carcinogenic-Hazards-To-Humans/Biological-Agents-2012>
16. Ministerio de Salud. Viceministerio de Políticas de Salud. Viceministerio de Servicios de Salud. Dirección de Regulación y Legislación en Salud. Unidad de Políticas y Programas Sanitarios /Oficina de Enfermedades No Transmisibles Cáncer. Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cervicouterino y de mama. 2022

